Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Administrativas
Unidad de Posgrado

La gestión estratégica y los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de salud del distrito de Villa El Salvador, 2018

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Administración con mención en Gestión Empresarial

AUTOR

Henry Ernesto INFANTE TAKEY

ASESOR

Dr. Manuel Jorge ESPINOZA ALTAMIRANO

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Infante, H. (2021). *La gestión estratégica y los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de salud del distrito de Villa El Salvador, 2018*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Administrativas, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Henry Ernesto Infante Takey
DNI	07926119
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4798-3991
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Manuel Jorge Espinoza Altamirano
DNI	25511133
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2473-7213
Datos de investigación	
Línea de investigación	D.3.5.1. Planeamiento estratégico y planes empresariales
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Villa El Salvador Latitud: -12.21917° Longitud: -76.94532°
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Marzo 2017 – diciembre 2017
URL de disciplinas OCDE	Administración pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.06.02

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL Nº 0020-UPG-FCA-2021

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN

ADMINISTRACIÓN CON MENCIÓN EN GESTIÓN EMPRESARIAL

En la Ciudad Universitaria, a los treinta días del mes de abril del año dos mil veintiuno, siendo las diez horas, en el enlace meet.google.com/fvk-ifxf-cyr emitido por la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; ante el Jurado Examinador, ***Presidido*** *por el* ***Dr. Augusto Hidalgo Sánchez,*** *e integrado por los miembros:* ***Dr. Manuel Jorge Espinoza Altamirano (Asesor), Dr. Mauro Amaru Granados Maguiño (Jurado), Mg. Henry Jishar Velarde Garcia (Jurado)****; el postulante al Grado Académico de Magister en Administración con mención en Gestión Empresarial, don* ***Henry Ernesto Infante Takey,*** *procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada:* ***"La gestión estratégica y los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de salud del distrito de Villa el Salvador, 2018",*** *con el propósito de optar el Grado Académico de Magister en Administración con mención en Gestión Empresarial.*

Concluida la exposición y absueltas las preguntas, de acuerdo con lo establecido en el ***Artículo 61º*** *del Reglamento para el Otorgamiento del Grado Académico de Magister en Administración con mención en Gestión Empresarial, los miembros del Jurado Examinador, procedieron a asignar la calificación siguiente:*

17 (DIECISIETE) – MUY BUENO

Acto seguido, el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Ciencias Administrativas ***otorgar*** *el Grado Académico de Magister en Administración con mención en Gestión Empresarial, a don* ***Henry Ernesto Infante Takey.*** *Se extiende la presente Acta original y siendo las* ***11:31 horas*** *se da por concluido el Acto Académico de sustentación, firmando sus miembros en señal de conformidad.*

UNMSM
Firmado digitalmente por HIDALGO SANCHEZ Augusto FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16.06.2021 08:43:51 -05:00

Dr. Augusto Hidalgo Sánchez
Presidente

Dr. Manuel Jorge Espinoza Altamirano
Asesor

UNMSM
Firmado digitalmente por GRANADOS MAGUIÑO Mauro Amaru FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12.05.2021 22:13:19 -05:00

Dr. Mauro Amaru Granados Maguiño
Jurado

Mg. Henry Jishar Velarde Garcia
Jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre y padre que están en el cielo, a mi esposa Marcela y mi hija Nicole por toda su comprensión y apoyo para culminar esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Manuel Jorge Espinoza Altamirano, por su orientación, consejos, constancia, ser el guía para desarrollar este trabajo y cumplir con los objetivos finales.
- A los profesores de la UNMSM que me apoyaron, orientaron y motivaron a seguir adquiriendo conocimiento en todo momento.
- A los especialistas del MINSA, a mis compañeros e investigadores de INMENSA, por su apoyo incondicional y aporte en la culminación del presente trabajo.
- Al Lic. en Estadística de la UNMSM José Girón por su apoyo en el análisis estadístico, valiosa contribución en el desarrollo de los resultados y conclusiones del presente trabajo.
- Al Lic. Jaime Galarza Pérez por su apoyo en la parte lingüística de la tesis.
- A mis amigos de la UNMSM y a todas aquellas personas que indirectamente me apoyaron para culminar este trabajo.

Resumen

La presente investigación está orientada a determinar la incidencia de la gestión estratégica y los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador.

Para el desarrollo de esta investigación se emplearon herramientas estadísticas y de recolección de datos de fuentes primarias como son las encuestas, entrevistas y juicios expertos. Los datos obtenidos de estas fuentes primarias fueron de la Micro Red del Centro Materno Infantil San José que está ubicado en el distrito de Villa El Salvador y que comprende los establecimientos de salud de Llanavilla y Señor de los Milagros, la Micro Red Juan Pablo, la Micro Red Carlos López Silva y la Micro Red San Martín de Porres, que tiene una población aproximada de 382,000 habitantes. Como fuentes secundarias los datos obtenidos fueron de papers académicos, tesis doctorales y de maestrías, así como libros y revistas especializadas; se usaron instrumentos estadísticos para validar las variables.

Como conclusiones y propuestas del trabajo de investigación es importante considerar que la Gestión Estratégica tiene significativa incidencia en los Procesos de Atención al Paciente dentro de los establecimientos de salud (EESS) del distrito de Villa El Salvador (VES), siendo probada la relación de estas variables mediante las pruebas estadísticas de Alpha de Cronbach y Spearman.

Palabras clave: Procesos de Atención al paciente, Mejora de Procesos, Gestión de la Calidad, Gestión Estratégica, Gestión Administrativa.

Abstract

The purpose of this paper is to determine the impact of strategic management on the improvement and patient care processes in Villa El Salvador's health centers

To carry out this research, we applied a number of statistical tools as well as primary sources data collection such as surveys, interviews, and opinions from experts. The data obtained from these primary sources came from the San Jose Maternal and Child Health Centre Micro Network located in Villa El Salvador district. It comprises the health centers from Llanavilla and Señor de los Milagros, the Micro Network Juan Pablo, the Micro Network Carlos López Silva and the Micro Network San Martín de Porres, whose population reaches 382,000 people. Our secondary sources were in the form of academic papers, doctoral and Master's degree dissertations as well as books and journals. Moreover, we used statistical tools to validate the relationship among the variables. The results showed that the strategic management variable has an impact on the improvement of the patient care processes.

To conclude and as research work proposals, it is important to consider that an efficient strategic management approach has an important incidence on the improvement of the patient care processes in Villa El Salvador's (VES) health centers (EESS). The relationship in these variables has been tested through the Cronbach's alpha coefficient of reliability and Spearman statistical evidence.

Key words: Patient Care Processes, Processes Improvement, Quality Management, Strategic Management, Administrative Management

INDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN 14

1.1 Situación Problemática 14

1.2 Formulación del Problema 15

1.2.1 Problema General 15

1.2.2 Problema Específico 15

1.3 Justificación teórica 15

1.4 Justificación práctica 18

1.5 Objetivos 18

1.5.1 Objetivo general 18

1.5.2 Objetivos específicos 18

1.6 Hipótesis 19

1.6.1 Hipótesis general 19

1.6.2 Hipótesis específica 19

1.7 Matriz de consistencia 19

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO 20

2.1 Marco filosófico 20

2.2 Antecedentes de la investigación 23

2.2.1 Papers Académicos 23

2.2.1.1 Mejora del Servicio de Atención de emergencias en un hospital público. 23

2.2.1.2 Modelo de Mejora de Procesos para el área de perioperatoria 24

2.2.1.3 Ingeniería de Procesos aplicado a clínicas 26

2.2.1.4 Cultura organizacional aplicado a clínicas 29

2.2.1.5 Gestión de Procesos aplicados a neurocirugía del hospital de Parma 29

2.2.1.6 Mejora Continua en Kaiser Permanente South 32

2.2.1.7 Modelo de Gestión de Salud aplicado al Hospital ST LUKE de Kansas 33

2.2.1.8 Manifestaciones en el mundo según teorías revisadas, modelos y metodologías referente a la mejora de los procesos en entidades de salud 37

2.2.2 Tesis Doctorales y de Maestría 38

2.2.2.1 Planificación Estratégica 38

2.2.2.2 La Gestión Estratégica de la Calidad 39

2.2.2.3 Calidad de Servicio 40
2.2.2.4 Reingeniería de un Proceso Asistencial, reducción de la lista de espera de varices 40
2.2.2.5 Reengineering: An analysis of factors influence success of failure 41
2.2.2.6 Gestión estratégica de la reputación. Eje central de la gestión empresarial 42
2.2.2.7 El valor del cliente como herramienta estratégica de gestión en un mercado industrial 42
2.2.2.8 La calidad de la gestión institucional como condición para la generación de conocimiento científico en el sistema educativo universitario ecuatoriano 43
2.2.2.9 La calidad y su influencia en la competitividad en las empresas enlatadoras de atún de la ciudad de Manta - Ecuador 44
2.2.2.10 Modelo de gestión de calidad para hospitales 44
2.2.2.11 Propuesta de un modelo de gestión por procesos en la atención de enfermería en el servicio de emergencias del hospital militar 45
2.2.2.12 Aplicación de Gestión por Procesos 46
2.2.2.13 Mejora en el proceso de Atención en Consulta Externa 47
2.2.2.14 Mejora del Proceso de Gestión de camas del hospital Clínico de la Universidad de Chile 48
2.2.2.15 Mejoras a la gestión del proceso de abastecimiento de insumos clínicos para el hospital San José 49
2.2.2.16 Modelo de Gestión por Procesos para el área de pediatría del Hospital Regional de Portoviejo 50
2.3 Bases Teóricas 52
2.3.1 Salud Pública 52
2.3.2 BPM 55
2.3.3 Atención al paciente 55
2.3.4 Cadena de Valor 55
2.3.5 Mejora Continua 56
2.3.6 Ingeniería de Procesos 57
2.3.7 Business Process Reengineering (BPR) 57
2.3.8 Kaizen 58
2.3.9 Modelo de Gestión de la Calidad total 59
2.3.10 Modelo de Madurez aplicando CMMI 60
2.3.11 Análisis ambiental 63
2.3.11.1 Antecedentes 64

2.3.11.2 FODA 64
2.3.12 Planificación Estratégica 65
2.3.12.1 Misión y Visión 65
2.3.12.2 Objetivo 66
2.3.12.3 Niveles de planificación 67
2.3.12.4 Tipos de Planificación 67
2.3.12.5 Formulación de objetivos estratégicos 68
2.3.12.6 Formulación de estrategias 69
2.3.12.7 Implementación de la estrategia 73
2.3.12.8 Indicadores de la Dirección de Redes Integradas de Lima Sur 74
2.3.12.9 Evaluación y control 74
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA 75
3.1 Tipo de la Investigación 75
3.1.1 Alcance de la guía metodológica 76
3.1.2 Descripción de la guía metodológica 76
3.1.3 Descripción Específica de la Guía Metodológica 77
3.1.3.1 Selección del proceso de negocio interesado a ser evaluado 77
3.1.3.2 Descripción del proceso de Atención de Pacientes 78
3.1.3.3 Selección de la técnica de evaluación 78
3.1.3.4 Conformación del equipo de trabajo 79
3.1.3.5 Armado y presentación del cuestionario 91
3.1.3.6 Ajuste a las preguntas 92
3.1.3.7 Ejecución y Ajustes de la Encuesta 92
3.1.2 Diseño de la Investigación 94
3.3 Población de estudio 94
3.4 Tamaño de la muestra 95
3.5 Técnicas de recolección de datos 95
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN 96
4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados 96
4.1.1 Análisis 96
4.1.2 Interpretación y discusión de resultados 96
4.1.2.1 Presentación de resultados de encuestas 97
4.2 Prueba de Hipótesis 109
4.3 Presentación de resultados 116

CAPÍTULO V IMPACTOS 125
5.1 Propuestas para la solución del problema 125
5.2 Costos de implementación para la propuesta 126
5.3 Beneficios que aporta la propuesta 126
Conclusiones 127
Recomendaciones 128
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 130
Anexo 1. Cuestionario para los Pacientes. 137
Anexo 2. Cuestionario para los Médicos. 140
Anexo 3. Cuestionario para los Jefes Administrativos. 147
Anexo 4. Cuestionario corregido para los Pacientes por los especialistas juicios expertos. 154
Anexo 5. Cuestionario corregido para los Médicos por los especialistas juicios expertos. 158
Anexo 6. Cuestionario corregido para los Jefes Administrativos por los especialistas juicios expertos. 165
Anexo 7. Cuestionario final para los Pacientes. 171
Anexo 8. Cuestionario final para los Médicos. 174
Anexo 9. Cuestionario final para los Jefes Administrativos. 181
Anexo 10. Confiabilidad de la Información – Alpha de Cronbach 188
Anexo 11. Matriz de Consistencia ..... **Error! Bookmark not defined.**

Lista de Tablas

Tabla 1 Matriz de identificación de problemas en el área de emergencias de un hospital público, (Salazar 2014) ……..…24

Tabla 2 Principios de Kaizen (Hassan 2012)……25

Tabla 3 Comparación de los países A y B (Enthoven 2009) …….....27

Tabla 4 Performance de un departamento de emergencia del hospital ST LUKE de Kansas (Leu+ 2009) ……..37

Tabla 5 Factores que influencian en temas de networkability de modelos de madurez (Mettler+ 2007)…….……62

Tabla 6 Tipos de Planificación…….…….67

Tabla 7 Preguntas del constructor: Plan Estratégico……..……69

Tabla 8 Preguntas del constructor: Personal Calificado……70

Tabla 9 Preguntas del constructor: Personal Calificado……..……...70

Tabla 10 Preguntas del constructor: Satisfacción del Paciente…..……..71

Tabla 11 Preguntas del constructor: Infraestructura de Atención……....72

Tabla 12 Preguntas del constructor: Tiempo de espera……..……72

Tabla 13 Preguntas del constructor: Mejora en dispensación de la medicina.72

Tabla 14 Preguntas del constructor: Perspectiva del cambio social……73

Tabla 15 Preguntas del constructor: Valoración del centro de trabajo……74

Tabla 16 Preguntas del constructor: Valores……...74

Tabla 17 Preguntas del constructor: Diagrama de flujo……...75

Tabla 18 Preguntas del constructor: Análisis de procesos AS IS……75

Tabla 19 Preguntas del constructor: Identificación de Indicadores…….76

Tabla 20 Preguntas del constructor: Mapa de Procesos……..77

Tabla 21 Preguntas del constructor: Análisis de procesos TO BE…….....77

Tabla 22 Preguntas del constructor: Integración de Sistemas…….…….78

Tabla 23 Preguntas del constructor: Diseño de Sistemas de Información…...79

Tabla 24 Preguntas del constructor: Arquitectura de Sistemas……79

Tabla 25 Preguntas del constructor: Integración de Sistemas……..80

Tabla 26 Resultado de encuestas análisis descriptivo de pacientes ……....87

Tabla 27 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos……88

Tabla 28 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos…….89

Tabla 29 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos…….90

Tabla 30 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos…….91

Tabla 31 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos…….92

Tabla 32 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos…….93

Tabla 33 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos…….94

Tabla 34 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos…….95

Tabla 35 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos…….96

Tabla 36 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos…….97

Tabla 37 Resumen Estadístico de Correlación de Spearman de dimensiones para pacientes……98

Tabla 38 Coeficiente Spearman médicos (1)……..…….99

Tabla 39 Coeficiente Spearman médicos (2)……..…….…99

Tabla 40 Coeficiente Spearman médicos (3)……..……...100

Tabla 41 Coeficiente Spearman médicos (4)……..……...100

Tabla 42 Coeficiente Spearman médicos (5)……..……...101

Tabla 43 Coeficiente Spearman médicos (6)……..……...101

Tabla 44 Coeficiente Spearman médicos (7)……..……...102

Tabla 45 Coeficiente Spearman administrativos (1)……..…102

Tabla 46 Coeficiente Spearman administrativos (2)……..…103

Tabla 47 Coeficiente Spearman administrativos (3)…….103

Tabla 48 Coeficiente Spearman administrativos (4)……..…103

Tabla 49 Coeficiente Spearman administrativos (4)…..……..104

Tabla 50 Coeficiente Spearman administrativos (4)……..……...104

Tabla 51 Coeficiente Spearman administrativos (4)……..……..105

Tabla 52 Resumen Estadístico de Correlación de Spearman de variables válidas para pacientes……..……105

Tabla 53 Fiabilidad con el coeficiente Alpha de Cronbach……...106

Lista de Figuras

Figura 2.1 Etapas de BPR en neurocirugía (Bertolini 2011)……..31

Figura 2.2 Atención del paciente (Bertolini 2011)…….32

Figura 2.3 Gestión de la llegada del paciente (Bertolini 2011)……..32

Figura 2.4 Modelo de gestión en el hospital ST LUKE de Kansas (Leu+ 2009)…….33

Figura 2.5 Core de procesos en el servicio de emergencias del hospital STLUKE de Kansas (Leu+ 2009)……..……...36

Figura 2.6 Modelos y metodologías usados por diferentes autores sobre mejora de procesos en entidades de salud (elaboración propia)……...…38

Figura 2.7 Integración de la Gestión Estratégica y la Gestión de la Calidad Total (Ureña 1998)…….39

Figura 2.8 Modelo mejorado de Análisis de Valor del Cliente desde la perspectiva de Marketing (Sanchez 2007)……43

Figura 2.9 Proceso del área de enfermería del Hospital General N°1 de Quito, Ecuador (Guanín 2015)…….46

Figura 2.10 Diagrama de Secuencia evaluativa del hospital Dr.Eduardo Pereira, (Silva, 2013)……..47

Figura 2.11 Mapa de la cadena de valor actual, (Romero 2010)……..48

Figura 2.12 Esquema de funcionamiento de Ingeniería de Negocios, (Chapa 2016)…….49

Figura 2.13 Gestión de Abastecimiento del hospital San José (Morales 2015)...50

Figura 2.14 Mapa de procesos del departamento de pediatría del Hospital Regional de Portoviejo, Ecuador……...……...…..51

Figura 2.15 Factores que influyen en modelo networkability en un sector de salud (Mettler+ 2007)……..……..61

Figura 2.16 modelo de madurez Networkability para los proveedores de cuidado de la salud, (Mettler 2007)……63

Figura 2.17 Flujograma para la implementación de la Guía Metodológica de los factores que influyen en la mejora de procesos en un establecimiento de salud……..66

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Plan Estratégico……..107

Gráfico 2 Fomento de Programas de formación…….107

Gráfico 3 Satisfacción y motivación……..108

Gráfico 4 Fomento de Programas de formación…….108

Gráfico 5 Cultura Organizacional del centro laboral……..108

Gráfico 6 Objetivos organizacionales…….108

Gráfico 7 Diagrama en los Procesos de trabajo……..109

Gráfico 8 Explicación de los diagramas de Procesos de trabajo…….109

Gráfico 9 Diagramas de Procesos alcanza las metas institucionales……..110

Gráfico 10 Indicadores de Procesos alcanza las metas institucionales…….110

Gráfico 11 Médicos usan los Indicadores de Procesos…….111

Gráfico 12 Identificación de eficiencia en los Procesos……..111

Gráfico 13 Mejoras en los Procesos……..112

Gráfico 14 Programas informáticos ayuda en el trabajo diario…….112

Gráfico 15 Programas informáticos cubre necesidades laborales…….112

Gráfico 16 Plan estratégico……...113

Gráfico 17 Satisfacción en el centro laboral…….113

Gráfico 18 Satisfacción en el centro laboral…….113

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

Actualmente se puede observar que en las instituciones de salud del Perú existe un déficit en los procesos de atención de pacientes con diferentes enfermedades, identificándose como algunas de las causas a la poca información que se genera en los niveles de consulta que se requieren en dichos procesos, como pueden ser: retraso en la entrega de medicinas, retraso en los análisis, retraso en los pagos de la atención entre otros. Esto a la vez genera la carga excesiva en los consultorios, insatisfacción e incertidumbre del paciente y un ambiente de trabajo con tensiones innecesarias en los sistemas de atención de salud.

Los pacientes tienen información escasa para saber en qué sistema de salud desean estar, según (Urbina 2006) las empresas de salud no tienen bien elaborados los procesos internos de atención del paciente.

Según (Enthoven 1993), debe existir un sistema de salud que favorezca la economía del médico y del paciente, para ello, debe haber un sistema de salud adecuado que esté buscando la mejora de procesos orientado a la atención del paciente o asegurado.

Según (Chalice 2007) el informe realizado por el Institute for Healthcare Improvement, estimó que del 30 al 40 por ciento del costo total de producción de salud es un desperdicio en términos de recursos, materiales, dinero y tiempo.

Según (Kyriacou+ 1999) en varios centros de salud los tiempos de espera para atender a los pacientes son largos, y se puede deber a varios factores, como la demora en encontrar las historias clínicas, demora en la entrega de medicinas, etc. Los prolongados tiempos de espera de los pacientes hacen que se sientan frustrados e insatisfechos con el servicio que brindan.

Según (Richardson 2006) puede ser el hacinamiento que existe en los centros de salud, muchas veces usan los pasillos u otras áreas para la atención, lo que conduce a la insatisfacción de los pacientes y que puede llegar hasta la mortalidad del paciente y según (Schneider+ 2008) porque pueden ser tratados en áreas no adecuadas.

En el año 1993 en USA, según (Reeves 1993), más del 40 por ciento de los hospitales involucrados en la Comisión Conjunta sobre la acreditación de organizaciones de atención en salud habían asumido algunos aspectos del programa de mejora de calidad, dichos críticos dijeron que la calidad en la mayoría de estos hospitales eran menos que satisfactoria. Hay algunas

razones para esta falta del éxito, según (Geber 1992) dice que los doctores eran reacios aceptar el cambio y que los administradores tienen un punto de vista de corto plazo; habían subrayado que hay resistencia debido a la falta de motivación en doctores, enfermeras y personal administrativo.

Estos posibles problemas detectados en los sectores de salud constituyen uno de los retos para dar cumplimiento a los puntos de la misión y visión de las instituciones de salud, como son las de plantear ser instituciones que incorporen continuamente formas innovadoras de asistencia y de gestión dentro de un proceso de mejora continua.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿En qué medida la gestión estratégica influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?

1.2.2 Problema Específico

- ¿En qué medida la gestión estratégica de la administración influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?

- ¿En qué medida la gestión estratégica de los Recursos Humanos influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?

- ¿En qué medida la gestión estratégica de calidad de Atención influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?

1.3 Justificación teórica

Desde el punto de vista del enfoque teórico, se investiga la influencia de la Gestión Estratégica en la mejora de los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de salud de Villa El Salvador, investigando áreas claves como las que gestionan la Administración, Recursos Humanos y la de Atención a los Pacientes.

Para la gestión de estas áreas aplicaremos modelos y metodologías probadas en anteriores investigaciones como son la Excelencia Empresarial, la Reingeniería de Procesos y Business Process Management.

- Para obtener una excelencia empresarial debemos tener en cuenta la calidad en el servicio, para ello Parasuraman plantea 5 dimensiones (Parasuraman+ 1988) que el cliente aprecia para recibir el servicio, como son *tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, garantía y empatía*. Estos conceptos de gestión de empresas orientadas a la manufactura pueden ser aplicables al sector servicios realizando las adaptaciones correspondientes. Por ejemplo, para que una empresa de salud funcione con criterios de excelencia debe cultivar en todos los niveles de la organización una cultura de servicios al paciente.

- Los especialistas en reingeniería de procesos sugieren la revisión de los procesos de negocios para obtener mejoras espectaculares en *costos, calidad, servicio y rapidez.* No se trata de dictar principios y técnicas a seguir de una manera estricta, sino que se ofrece a las organizaciones el camino para crecer y superar barreras, constituyendo sin lugar a dudas un instrumento clave para el desarrollo económico y el ordenamiento de los distintos sectores (Hammer, 1994).

- Business Process Management (BPM), es un modelo que acompañada de tecnología permite gestionar de forma integral la organización, administrando mejor la carga de trabajo entre las diferentes áreas. Será el modelo de gestión que asegurará, al menos, la supervivencia de las organizaciones, por lo que la inquietud de los líderes de las organizaciones ya no se preguntará *"si se deberá o no implementar",* sino "*cuándo"* y *"cómo"* (Sepúlveda 2012).

Desde el punto de vista del aporte práctico, se buscó facilitar herramientas que permitan replicar la presente investigación para identificar los procesos en las instituciones de salud, para lo cual se propuso la inclusión de un modelo de gestión**,** que servirá como referencia para futuras evaluaciones de los procesos, está necesidad se fundamentó en las siguientes afirmaciones:

- Las empresas peruanas de salud adolecen de tener un modelo que les permita gestionar sus procesos, Michael Hammer en su artículo "The process audit" ayuda a los ejecutivos a comprender, planificar y evaluar la transformación de su empresa sobre la base de procesos (Hammer, 1997).

- La gestión por procesos debe estar alineada con la estrategia empresarial, en ese sentido es importante vincular el desempeño de la gestión de procesos con la estrategia que la empresa plantee para el desarrollo del negocio en el corto, mediano y largo plazo. Sólo el 16% de las empresas peruanas están totalmente alineadas, el 27 % bastante alineada, el 32%

parcialmente alineada, el 14% poco alineada y el 11% no está alineada según un estudio realizado por ESAN (Morris+, 2011).

- Las necesidades de las empresas en aplicar un modelo de procesos se han visto limitada porque el personal no está capacitado en estos nuevos modelos. El 53% de las empresas encuestadas en una investigación realizada por ESAN (Morris+ 2011) no tienen conocimiento de procesos, el 50% no cuentan con herramientas BPM, el 42% de ellas mencionó que necesitan asesoría o consultoría en procesos. Podemos concluir que un gran porcentaje de las empresas peruanas adolecen de gestionar sus procesos, y los que tienen conocimientos de ellas no los alinean a sus estrategias o planes institucionales, o en otros casos por la falta de conocimientos de algún modelo que les ayude tomar en cuenta estándares de desempeño, integración de procesos con los sistemas de información, con los procesos de los clientes y proveedores.

- En un estudio de atención de pacientes en un hospital Regional de USA (Leu+ 2009), realizaron el análisis del flujo de pacientes, el tiempo de estudio y el diseño. Los problemas en el proceso de Emergencia Clínicos se resumieron de la siguiente manera:

  - **Flujo de pacientes en la distribución de las instalaciones:** el diseño de la sala de emergencia hace que los pacientes de emergencia se concentren en ciertas áreas. Cuando está lleno o hay una emergencia, puede haber retrasos en los procesos clínicos o las personas pueden chocar entre sí. Esto hace que aumenten la probabilidad de accidentes en el servicio de emergencia.
  - **Los procesos de emergencia clínicos**: Algunos procesos se definen de manera diferente o tienen contenidos diferentes en los informes. Además, la mayoría de los procesos no pueden ser desplegados en detalle y la relación entre los procesos no se identifica. Sin procesos clínicos de emergencia bien identificados, los servicios médicos pueden ser retrasados y cometer errores en el tratamiento médico.
  - **Despliegue de recursos médicos:** Los recursos no son exactamente identificados o asignados en cada proceso médico. Este problema conduce a cuellos de botella o recursos ociosos. Por ejemplo, el médico maneja tareas, tales como la interrupción del flujo de sangre que podrían ser ejecutadas por las enfermeras. Esto disminuye el tiempo real del diagnóstico de los médicos y extiende el tiempo de espera de otros pacientes
  - **Huecos de información en salud**: Los informes de anamnesis (historias clínicas) y la inspección se registran en papel o HIS (sistema de información y salud). En la práctica**,** el personal médico no puede obtener informes anamnesis y la inspección directamente desde HIS

por falta de información entre los sistemas funcionales. Esto hace más evidente en las situaciones con las asignaciones de las tareas, como para las remisiones, clínica ambulatoria, hospitalización y operaciones. Esto aumenta el tiempo de espera de los pacientes. Además, el costo no puede ser automáticamente registrado o recogidos para el análisis de costo-beneficio en el sistema de información actual.

Jun Der Leu (Leu+ 2009), afirma que aplicó la técnica de Business Process Management (BPM) para mejorar los procesos de la institución de salud.

El presente trabajo de investigación busca contribuir con las teorías existentes sobre la gestión estratégica administrativa, la gestión estratégica de los recursos humanos y la gestión estratégica de la calidad y su contribución en los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de salud pública en Lima Metropolitana

1.4 Justificación práctica

Este trabajo de investigación podría ser de aplicación en los establecimientos de salud a nivel local, a nivel regional y a nivel nacional, puesto que permitiría mejorar a través de la Gestión Estratégica de la administración, de los recursos humanos y de calidad en los procesos de atención de los pacientes en el sector salud.

La justificación práctica está basada en antecedentes teóricos que fueron materia de investigación en la mejora de procesos en la atención a los pacientes en establecimientos de salud pública a nivel nacional e internacional.

Existen procesos de mejoramiento de la atención de los pacientes en los establecimientos de salud en el Perú y el extranjero, que obtuvieron resultados eficientes aplicando diferentes metodologías y técnicas.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la Gestión Estratégica en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar la influencia de la gestión estratégica de la Administración de los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018.
- Determinar la influencia de la gestión Estratégica de los Recursos Humanos de los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018.
- Determinar la influencia de la gestión estratégica de calidad en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

La Gestión Estratégica influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018

1.6.2 Hipótesis específica

La siguiente hipótesis se sustenta fundamentalmente en los siguientes puntos:

- La Gestión Estratégica de la Administración influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018.

- La Gestión Estratégica de los Recursos Humanos influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018.

- La Gestión Estratégica de calidad influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018.

1.7 Matriz de consistencia

El desarrollo de la matriz de consistencia lo podemos ver en el anexo 11

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO

En el presente Capítulo, se identifica y describe la taxonomía de los temas relacionados a la mejora de procesos, los antecedentes históricos de las diferentes metodologías y modelos investigados. Cada uno de ellos está debidamente resumido y estructurado, de tal forma que se pueda distinguir gráficamente sus constructores claves.

Las técnicas estudiadas son ingeniería de procesos, cultura organizacional, reingeniería de procesos, Cadena de Valor, BPR, Gestión de la calidad, BPM y Kaizen.

2.1 Marco filosófico

Etimológicamente como sustantivo la palabra "paciente" proviene del latín ***patients,*** que significa sufriente, sufrido, y que es el participio de *pati, patior* significa sufrir, de donde se puede inferir que se refiere a una persona que sufre o padece un dolor.

Por consiguiente, en el entorno médico, se le llama paciente al individuo o sujeto que sufre de una dolencia física o que necesita recibir tratamiento médico, por lo tanto, debe acudir a un profesional de la salud para tratar su padecimiento; que a diferencia del otro término este proviene del griego "pathos", que significa dolor o sufrimiento; estas dos descripciones son las más comunes que pueden ser utilizados para definir la palabra paciente.

Hablando del paciente en términos médicos, se pueden encontrar diferentes clases de paciente, dependiendo de qué mal padece o que tratamiento necesita para aliviar sus dolencias, entre estos tenemos los pacientes oncológicos, psiquiátricos, traumatizados, pacientes hipertensos, hemipléjicos, hemofílicos, cardíacos entre muchos otros. Pero para llegar a ser un paciente y recibir un tratamiento como tal, es necesario pasar por una serie de etapas como la identificación de los síntomas, luego el diagnóstico, seguido del tratamiento y finalmente el resultado.

Georges Canguilhen, sobre el final del siglo XX, examinó el concepto de salud a partir de la opinión de Emmanuel Kant, escrita doscientos años antes, respecto a su criterio de ver la salud como un concepto vulgar ajeno a las ciencias del saber y unida a la subjetividad de su percepción (sentirse sano, pero nunca poder saberlo). Esta perspectiva quedó ligada para siempre a una visión filosófica y no científica.

Aunque parecería paradójico este examen de la salud, cuando se superaron holgadamente los sesenta años de la creación de la Organización Mundial de la Salud, todavía pesa la importancia de haber reconocido que la salud no significa simplemente ausencia de afecciones o enfermedades, sino que constituye el completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Todos tenemos la experiencia cotidiana de los crecientes exámenes solicitados rutinariamente frente a una situación fisiológica como un embarazo, el acentuado requerimiento de mayores exámenes frente a un eventual esfuerzo físico en un niño en edad escolar o los estudios auxiliares cada vez más interminables que simplemente se efectúan ante el pedido de una persona en calidad de chequeo.

La ciencia y la técnica piden seguridad y exigen eficiencia, mientras que la eximición de cualquier responsabilidad frente a un evento inesperado requiere más y mayores certificados médicos. Y es muy difícil, dentro de una búsqueda incesante y obsesiva, no encontrar algún número, curva o imagen que no esté como el estándar indica.

El autor francés Jules Romains escribió casi premonitoriamente en 1925, una obra teatral, Knock o el triunfo de la medicina, donde su personaje central, el joven médico Dr. Knock, que reemplaza en la atención de una comunidad rural al viejo Dr. Parpalaid, concluye que la presunta salud de sus pacientes es el testimonio de una persona mal estudiada, exhibiendo en toda su dimensión la existencia del poder médico. Ya en nuestro tiempo, Clifton Meador, en un artículo aparecido en el New England Journal of Medicine la década pasada, y otros autores más recientes nos hablan de la existencia posiblemente ideal de "la última persona sana" que difícilmente podría emerger de un sistema de salud que acepta el concepto economicista del mercado, que crea enfermedades dentro de los sanos, que transforma el envejecimiento en enfermedad y que promete cruelmente la ilusión de la prevención permanente y absoluta.

En esta medicalización insoportable de la vida donde todos son algoritmos, estadísticas, scores predictivos de morbilidad y mortalidad y rutas críticas de prevención, diagnóstico y tratamiento, el concepto de "la última persona sana" no es lamentablemente una metáfora sino una dura advertencia a la sociedad de consumo que no será beneficiada ni será siquiera feliz cuando la salud se vende como un artículo más.

En definitiva, la tematización filosófica que propone Canguilhem aleja la salud del concepto de estado (completo de bienestar) como la califica

la OMS[1], adscribe su pertenencia no a la normalización sino a la adaptación cambiante y variable y lo coloca en un nivel subjetivo hasta tal modo de no poder hablar de una ciencia de la salud. Resultaría más bien una situación de equilibrio constante entre el sujeto y el medio en la búsqueda constante de una relación armoniosa que, según sus resultados, en un caso entrará dentro de la normalidad y en otro dentro de lo patológico. Parece claro entonces que la salud es una cuestión más filosófica que científica.

Desde la antigüedad el hombre ha concebido y controlado la calidad en diversas actividades incluida la producción de aquellos productos que podía ingerir discriminándolos de aquellos que le hacían daño para su salud.

En la edad media, la forma en la que se producía y mantenían los productos de calidad era a través de los talleres de artesanos que durante largos periodos entrenaban a los aprendices a través de los gremios, en los que se llenaban de un sentido de orgullo e identidad para lograr productos de calidad.

Desde 1776, aproximadamente, fecha en la cual Adam Smith publica su célebre libro La Riqueza de las Naciones y queda formalizada la Revolución Industrial, el propósito que orientaba a las organizaciones industriales era alcanzar cuotas de producción. El volumen era lo importante. Esta manera de concebir el funcionamiento de las empresas se difundió durante los siguientes siglos.

Con la primera y segunda guerras mundiales se generó una necesidad de producción de bienes y servicios. Durante la época de la posguerra (a partir de 1945) se creó un escenario donde prevaleció aún más la demanda de bienes y servicios, especialmente para la mayoría de los países europeos y asiáticos que habían sufrido las terribles consecuencias de una guerra devastadora.

Según Feigenbaum, el control de calidad hasta el fin del siglo XIX se caracterizó por ser realizado totalmente por los operarios, lo que denominó Control de Calidad del Operario.

El siglo XX trajo consigo una era tecnológica que permitió que las masas obtuvieran productos hasta entonces reservados sólo para los ricos. Henry Ford introdujo la línea de ensamblaje en movimiento en la producción de la Ford Motor Company.

Con respecto a la filosofía de Calidad, W. Edwards Deming dice "Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características

[1] Organización Mundial de la Salud

medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente".

Por su parte Kaoru Ishikawa dice "de manera somera calidad significa calidad del producto. Más específico, calidad es: calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc."

Philip B. Crosby dice "Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad".

En resumen, podemos decir que Calidad es Cumplir con los requerimientos que necesita el cliente con un mínimo de errores y defectos**.**

Bunge en un pensamiento dijo: La información es un medio no un fin, el fin de la comprensión es el conocimiento.

2.2 Antecedentes de la investigación

2.2.1 Papers Académicos

2.2.1.1 Mejora del Servicio de Atención de emergencias en un hospital público

La mejora en los servicios de atención a los pacientes según (Salazar 2014), se buscó reducir los tiempos de espera en cola; debido a que este es uno de los principales problemas que se muestran frecuentemente en instituciones de atención de salud.

La metodología usada fue la de simular eventos discretos, permitió desarrollar un modelo que representa la realidad de los procesos de atención de los pacientes en las diversas estaciones del área de emergencia, así como el flujo de personas a lo largo del área, con el fin de encontrar aquellas estaciones, y los sub procesos asociados, en donde se generan mayores tiempos de espera y, mediante la aplicación de la mejor propuesta, reducirlas. La mejora de procesos debe ser factible, tanto técnica como económica, ya que busca el perfeccionamiento de una empresa y del desempeño de sus procesos.

En la siguiente tabla observaremos los problemas identificados en el área de emergencia de un hospital público.

Problemas	Empeora la condición de los pacientes (70%)	Reduce la Calidad del servicio (20%)	Genera mayor gastos al estado peruano (10%)	Total
Falta de personal especialista (consultorios, laboratorios, etc.)	4	4	2	3.8
Cantidad de pacientes en emergencias	2	2	3	2.1
Falla de Equipos Médicos	4	4	4	4.0
Demora en la atención del registro de personas	5	4	5	4.8
Demora en las colas para acceder a los servicios (auxiliares, médicos)	5	4	5	4.8
Demora en la obtención de resultados por falta de capacidad	5	5	1	4.4

Tabla 1 Matriz de identificación de problemas en el área de emergencias de un hospital público, (Salazar 2014)

Las ***conclusiones*** de este trabajo de investigación fueron de realizar la redistribución de las estaciones del área de emergencias para poder reducir los tiempos dentro del sistema de los pacientes.

Esta reducción de tiempo implicará que la atención en el hospital aumente, con lo cual se deberán evaluar optimizaciones futuras para que los tiempos puedan reducirse más, o en otros casos que el incremento de la demanda por la atención de salud puede incrementarse y que no vuelva a generar los problemas que fueron diagnosticados al inicio del presente trabajo.

2.2.1.2 Modelo de Mejora de Procesos para el área de perioperatoria

El modelo Kaizen significa cambio (kai) para convertirse en bueno (zen), una filosofía célebre para la mejora de procesos, se popularizó después de la segunda guerra mundial en las empresas manufactureras japonesas, se extendió y afectó directamente a la subida de la revolución industrial japonés como interés compuesto, la productividad compuesto que es el beneficio único de Kaizen, y sus principios son el cambio, la eficiencia, rendimiento de

los principales pasos esenciales, y la eliminación de desechos a través de las pequeñas y continuas mejoras en los procesos.

La US Steel a través del uso de la tecnología y la mejora continua en los procesos, se hizo más productivo, más seguro, más eficiente, más rentable todo ello con una disminución de su personal.

Minnesota Mining & Manufacturing (ahora conocida como 3M) más conocido por las notas *post-It,* se ha expandido mucho más allá de Minnesota y abandonó hace décadas las mineras. La compañía 3M ha cambiado a lo largo de los años, y de acuerdo con George W. Buckley, presidente de 3M, dice que "El aprovechamiento de la innovación para el beneficio del cliente" ha sido el impulso para el éxito de nuestra empresa. La filosofía Kaizen también puede ser aprovechado, y estos ejemplos ilustran cómo el uso de la tecnología, el desarrollo de soluciones, basadas en valor y dar a los clientes lo que quieren, puede utilizarse con eficacia para lograr el éxito en los negocios, estas lecciones pueden ser aplicadas a la salud (3m 2012).

Los cinco pasos del marco Kaizen se basa en el trabajo en equipo, la disciplina personal, moral mejorada, los círculos de calidad, y las propuestas de mejoramiento. Estos pasos representan un modelo para ayudar a revolucionar las expectativas, establecer un cambio positivo, y continuamente mejorar el cuidado de la salud. La Tabla 2 proporciona los cinco pasos y ejemplos específicos de mejora de procesos en enfermería perioperatoria.

Principios Kaizen	**Ejemplos de Mejora de Procesos Perioperativas en el área de enfermería**
1º Trabajo en equipo	Lista quirúrgica, a tiempo o iniciando.
2º Disciplina de personal	Educación continua para enfermeras, mejora de habilidades y conocimientos del personal.
3º Moral mejorada	Entusiasmo para desafíos y oportunidades en asistencia médica.
4º Círculos de calidad	Transferencia de conocimiento enfocada por personal para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia médica del paciente.
5º Propuestas para el mejoramiento	Medición de los procesos de mejora perioperativos en la mitad de los pacientes.

Tabla 2 Principios de Kaizen (Hassan, 2012)

1º Trabajo en equipo. - Profesionales de la salud que atienden a pacientes críticamente enfermos pueden emplear en los equipos de alto funcionamiento la mejorara de la calidad, fomentar la comunicación eficaz, y minimizar los errores en la atención de la salud (Bardissi, 2008). Ejemplo: Listas de control quirúrgicos son un ejemplo de cambio y la mejora de proceso que representa

una oportunidad para la mejora de asistencia médica fundamental. Otros ejemplos incluyen la mejora o la comunicación personal para alcanzar a tiempo las ventajas del procedimiento.

2º Disciplina de personal. - Los profesionales disciplinados están alineados con el cambio y mejora de los procesos, ellos aprovechan las oportunidades que el cambio les ofrece y están entre los líderes en el cuidado de la salud.

3º Moral mejorada. - La innovación, la confianza y el deseo de cambiar y mejorar el cuidado de la salud, junto con las personas con talento y cuidado en enfermería, se asegurará un futuro brillante (Stokowski, 2011).

4º Círculos de Calidad. - Los círculos de calidad son equipos de gestión participativa que emplean técnicas encaminadas a resolver los problemas relacionados con el trabajo de uno. El principal reto en la atención de salud es mejorar la calidad y reducir los costos (Scales, 2011), (Curtis, 2011).

2.2.1.3 Ingeniería de Procesos aplicado a clínicas

Enthoven (Enthoven, 2009) describe como ejemplo dos escenarios, país A y país B, en donde los temas de atención del paciente, la forma de remuneración de los médicos y cuál es la mejor opción que debería escoger el paciente en las entidades aseguradoras de salud.

Desea que haya un sistema de salud adecuado tanto para el paciente como para el profesional de salud, que el paciente sepa cuál es la mejor forma de atención que más le convenga, cuáles son los beneficios que tendría al optar un sistema de salud por medio de las compañías de seguros o seguro privado de salud.

Según Hogangmai Pham, (Pham+, 2007), en el famoso Virginia Mason Hospital and Clinic in Seattle hubo un proceso de reingeniería que ayudó a bajar los costos de atención de los pacientes, en el caso concreto de los pacientes que tienen dolor de espalda que en forma rutinaria iban donde el médico y de allí eran derivados al fisioterapista médico. Los médicos reconsideraron este proceso y diseñaron un nuevo protocolo, en donde deberían iniciar el proceso con el fisioterapista. Esta reingeniería del proceso ahorró dinero al hospital. Suponiendo que estos cambios implican un nuevo proceso de atención en donde intervienen médicos, personal administrativo, procedimientos nuevos y cambios en el sistema informático. Lo más rescatable es que la atención del paciente es más eficaz y menos costosa.

Enthoven (Enthoven, 2009) menciona procedimientos que han sido cambiados en una clínica de Minnesota, dice que no era necesario que el paciente venga a su próxima cita, si al seguir las indicaciones de su receta no

veía mejora, el procedimiento era que debía tener una reunión con la enfermera y ella debería dispensarle otra medicina según lo que prescribió el médico en su visita anterior. Estos procedimientos ahorran tiempo del médico y del paciente, al realizar el procedimiento de esta manera era como si hubiera tenido una cita con el médico, es decir, que el médico seguiría cobrando un porcentaje de la atención para que no se perjudique económicamente y el paciente pagaría menos porque estaría estipulado en la forma de atención que tuviera con la aseguradora que escogió. Para ello se debería cambiar los protocolos de atención y realizar un trabajo de mejora de procesos.

Enthoven (Enthoven, 2009) anuncia que también existen algunas instituciones de salud que los médicos sí comparten los valores y culturas de trabajo, lo que hace más fácil el trabajo en equipo, ya sea con otros médicos y que implica todo un sistema de atención, mejorando la eficiencia en la atención, dice por ejemplo que guardan en archivos electrónicos la información médica y que es compartida por todos los profesionales de salud. Así mismo menciona que algunas instituciones sí marcan la diferencia entregando información al paciente vía electrónica (correos) en donde tienen datos como resultados de exámenes, programación de citas, tener recetas enviadas a la farmacia, solicitar reabastecimiento de recetas.
A continuación, se muestra en Tabla 3 las diferencias entre los países A y B (Enthoven, 2009)

Aspect	Country A	Country B
Medical Organization	uncoordinated FFS Small practice	Large multi-specialty group practice
Main Provider Incentive	Do More whether Needed or not	Innovate to provide value for money
Information Technology	Few doctors use it To coordinate care	Electronic Records plus full IT functionality
Main Insurance Model	Independent companies Or Self-insured employers	Insurers Affiliated with Provider Systems
Process Engineering	Practically Non-existent	Ubiquitous
NHE as a % of GDP	20% and growing	12–14% and stable
% of Population Insured	80% and falling	100%
Consumer Choice Of Insurer	Almost None	Wide Cost-Conscious Consumer choice
Consumer Choice of Provider	“free choice” of individual providers	Wide choice of Systems of Care
Consumer Economic Incentive	Cost-Unconscious demand	Cost-conscious choice of system
Technology Assessment	Little, Cost not Considered	Cost-benefit Analysis for all Technologies

Tabla 3 Comparación de los países A y B (Enthoven, 2009)

Parámetros de análisis de los países A y B según tabla 3

Los parámetros que se midieron son:

- Innovación
- Tecnología
- Seguros de salud
- Gastos
- Proveedores
- Costos

Podemos observar que en el aspecto de *innovación* el país B está a la vanguardia, en el país A no necesariamente existe innovación.

En el país A, los médicos muy poco usan la *tecnología* para el trabajo de atención de los pacientes, en el país B sucede lo contrario.

En el país A muchos de los pacientes son "auto asegurados", en el país B existe *proveedores de seguros*.

En el país A el *gasto* de salud va creciendo en 20%, en el país B el gasto se mantiene entre 12 y 14 porciento.

En el país B el paciente puede escoger entre una gama de muchos *proveedores* de salud, en el país A en cambio es muy limitada la elección.

Los *costos* de los proveedores en el país B son permisibles para la economía del paciente, en el país A no sucede lo mismo.

La evaluación tecnológica en el país A no es considerada porque es pequeña en relación a los costos. En cambio, en el país B si es considerado porque ven la relación costo-beneficio, además que en el país B sí realizan un análisis de la tecnología que mejor los va a apoyar.

Uno de los puntos importante en este estudio son los flujos de trabajo, deben mejorar para que los consultorios de salud sean exitosos y que coadyuven a mejorar la tecnología de información

Para ello, entre otros requerimientos los autores deben tener información estadística, como: cuántos pacientes son atendidos, modelos dinámicos de reembolsos, cantidad adecuada de personal para la atención en salud.

Se debe hacer un buen rediseño para simplificar los procesos de atención de los pacientes, proveedores y personal clínico.
Así mismo, la mejora de calidad también debería ser usada para mejorar los procesos.

Estas técnicas ayudan a satisfacer la atención de los pacientes y a minimizar los costos de los procesos. Debe haber un fuerte liderazgo, planificación estratégica, reingeniería de procesos, gestión del cambio y la

personalización de los sistemas de TI para que coincida con los flujos de trabajo y apoyar los flujos de trabajo de la oficina que conlleva a los resultados de asistencia médica, (Enthoven, 2009).

2.2.1.4 Cultura organizacional aplicado a clínicas

Por (Enthoven, 2009), los cambios que deberían realizar en los procesos de atención al paciente y en los procesos administrativos que influyen en la atención del paciente, y que también influyen en los salarios de los empleados y médicos.

Entre sus propuestas comenta que para poder tener el apoyo tecnológico para el sector salud, se debe tener en cuenta que los profesionales de este sector quieran usar el apoyo de la tecnología; como por ejemplo usar un sistema que les facilite tener la información necesaria para que su trabajo sea más eficiente, si ello no ocurre, será muy difícil que se desarrolle o realice una mejora en los sistemas de información. La cultura del profesional de salud aún no está preparada para estos cambios, ellos aún están en la era que los documentos médicos (historias clínicas) deban seguir llevándose manualmente, lo que es una pérdida de tiempo en instituciones en donde tienen muchos pacientes, por consiguiente la parte administrativa seguirá realizando el trabajo de conseguir el documento clínico (el físico de las historias) antes que el médico al paciente, ocasionando pérdidas de tiempo, tanto al médico, paciente y al área administrativa que estaría buscando los documentos entre sus archivos y que podría durar decenas de minutos.

2.2.1.5 Gestión de Procesos aplicados a neurocirugía del hospital de Parma

Según Massimo Bertolini (Bertolini, 2011) realizó un estudio con un área del hospital, específicamente el de neurocirugía, allí define las etapas de un BPR (Business Process Reengineering) aplicado al área. Definió los objetivos estratégicos, un levantamiento de un mapa de procesos, los procesos críticos, procesos aplicando la metodología AS IS, rediseño de procesos y nuevos procesos. Ver Figura 2.1

Según Bertolini (Bertolini, 2011) dice las herramientas de BPR soportan el "replaneamiento" de procesos de la empresa, y los flujos de trabajo de gestión de sistemas son las aplicaciones de software que hacen posibles estos procesos rediseñados. Las Técnicas de Procesos de Negocio (EPC) que aplican deben tener los siguientes elementos:

- ***Funciones.*** Componentes básicos son las funciones. Una función corresponde a una actividad (la tarea y el paso de proceso), que tiene que ser ejecutado.

- ***Eventos.*** Los eventos describen la situación antes y/o después de que una función es ejecutada. Las funciones son vinculadas por los eventos. Un evento podría corresponder a la post - condición de una función y actuar como una condición previa de otra función.

- ***Conectores lógicos***. Los conectores pueden ser usados para conectar las actividades y los eventos. De este modo, la circulación del control es especificada. Hay tres tipos de conectores: funciones, eventos y lógicos

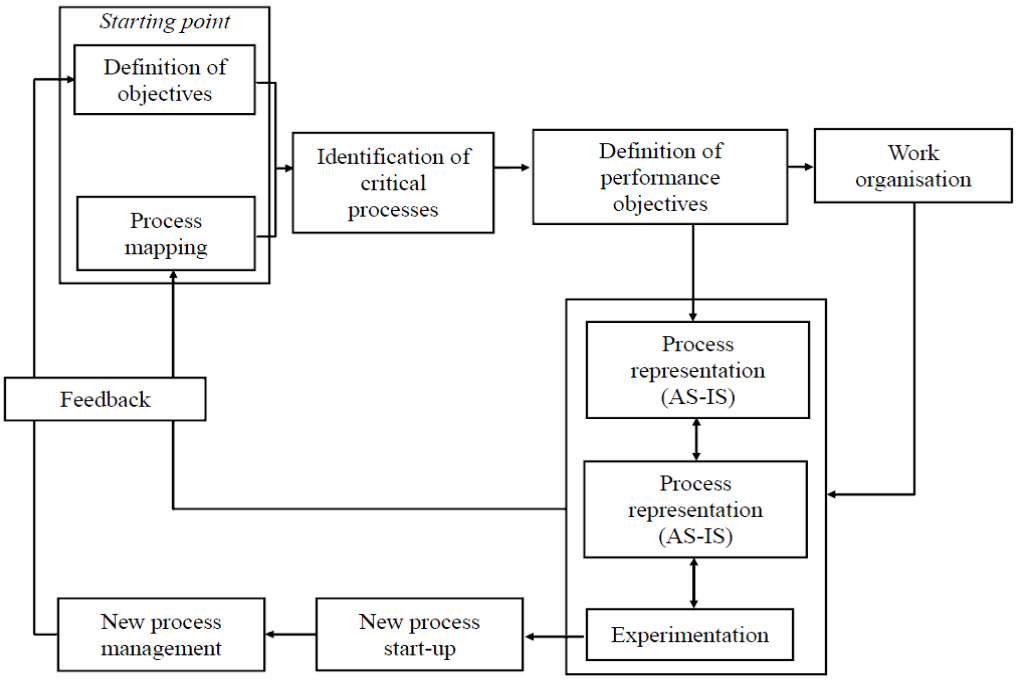


Figura 2.1 Etapas de BPR en neurocirugía (Bertolini 2011)

En el caso de estudio de una sala de neurocirugía del hospital de Parma, Italia, (Bertolini, 2011) realiza la modelación de los procesos de la sala de neurocirugía separando de "Atención del paciente" Figura 2.2, lo divide en dos categorías Recursos Físicos (cama y sala de operaciones) y Humanos (médicos, enfermeras, personal de oficina). Identifican las listas de espera de los pacientes, proceso de intervenciones quirúrgicas, etc.

Todos los "Paciente procesos de atención" fueron modelados y analizados. Se realiza un diagrama de la atención de pacientes desde que llega al área de neurocirugía hasta que se retira, explica todos los procesos que realiza, (Ver Figura 2.3).

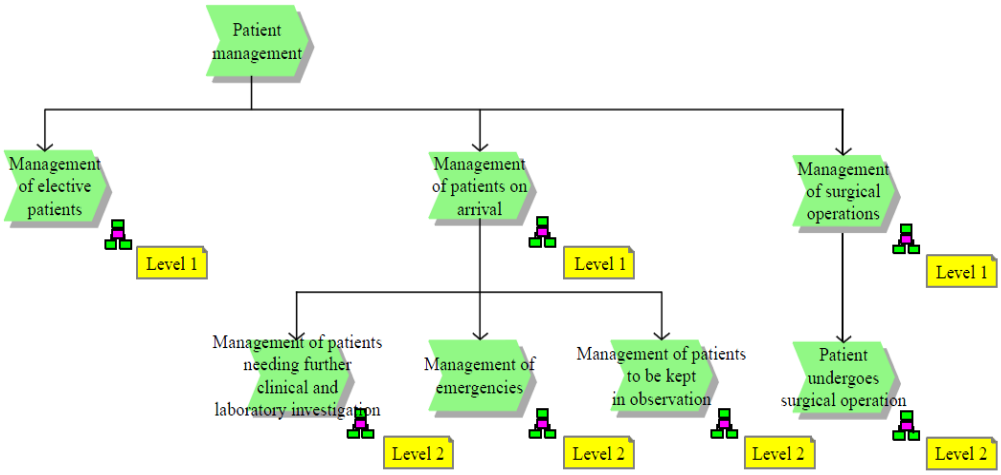


Figura 2.2 Atención del paciente (Bertolini, 2011)

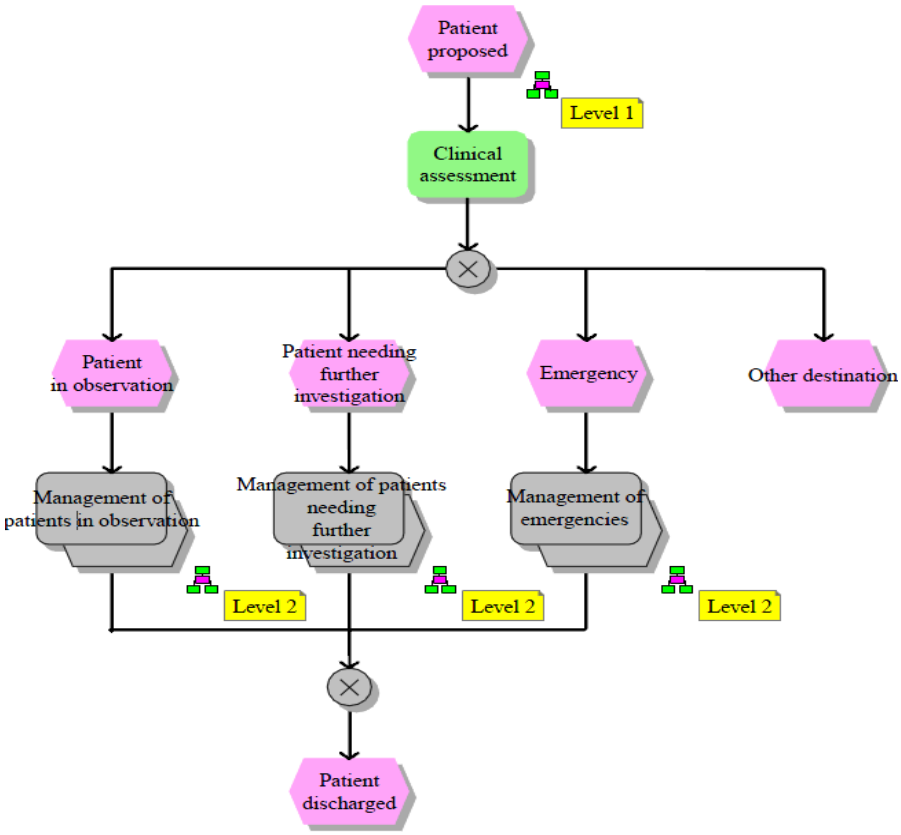


Figura 2.3 Gestión de la llegada del paciente (Bertolini, 2011)

De tal manera que podemos estar describiendo los procesos, subprocesos y tareas que realiza el paciente en la sala de neurocirugía del hospital Parma.

Así mismo, se realiza modelos que fueron usados para un proceso de simulación. El primer paso involucraba las simulaciones de los procesos

AS IS para recoger la información sobre el tiempo de rendimiento para procesos con ciertos recursos, la demora de proceso, la identificación de cuellos de botella, el uso de recursos y número de procesos terminados en cierto período de tiempo.

En este trabajo, el proceso de la recolección de datos se usó el método Delphi.

El siguiente paso fue crear las metas del proceso para prevalecer: el retiro de los cuellos de botella, evaluación de las variaciones del proceso, la reducción del tiempo de procesamiento, el aumento del número de procesos logrados, la optimización de la utilización de recurso y la reducción de coste. El software ARIS fue usado para la simulación. Los principales datos para la simulación fueron: Frecuencia, Probabilidad, Prioridad, cambio en el calendario.

Después de realizar esta tarea se concluye que las simulaciones han mostrado que los anestesistas son un punto crítico en los procesos de atención, el procedimiento de admisión, el procedimiento de dar de alta por una intervención quirúrgica y la hospitalización pos operatoria son procedimientos que se debe tomar en cuenta para mejorar los tiempos y eficiencia.

2.2.1.6 Mejora Continua en Kaiser Permanente South

Un ejemplo de Mejora Continua en un proceso, fue que los médicos de Kaiser Permanente South San Francisco decidieron rediseñar un proceso de atención de ataques cardíacos al corazón, una mejora del proceso a través de un estudio cuidadoso y colaborativo. Decidieron llevarlo con tres médicos de diferentes ramas, el médico de emergencias, el internista de base hospitalaria y el cardiólogo para determinar el curso del tratamiento del paciente. Los médicos llegaban a evaluar al paciente. Médicos de Kaiser, enfermeras, farmacéuticos, personal de gestión y de tecnología estaban convencidos de que podían mejorar el proceso de entrega de esta atención y mejorar significativamente los resultados.

Los representantes de cada uno de estos grupos de profesionales se sentaron con el objetivo de mejorar la eficiencia y eficacia de la atención. Este equipo multidisciplinario hizo un mapa de procesos para documentar los muchos pasos y transferencias, establecer objetivos basados en las normas nacionales y desarrollos de herramientas de medición y recolección de datos. Hoy en día, cada paciente recibe un tratamiento apropiado de medicamentos en menos de 30 minutos (Berwick, 1990).

2.2.1.7 Modelo de Gestión de Salud aplicado al Hospital ST LUKE de Kansas

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras que el modelo es una prolongación de la mente. (Tobar, 1999)

Baldrige National Quality Program de los EEUU (Baldrige, 2012), ha desarrollado un modelo de gestión de evaluación de la excelencia, que está diseñado para garantizar un mejor servicio y mejorar la calidad médica. (Leu+, 2009) afirma que este modelo se puede aplicar para valorar la calidad de los servicios médicos. Sin embargo, un enfoque sistémico para el soporte de la puesta en práctica es necesario conseguirlo con la excelencia en los procesos de negocio de las empresas de Atención en Salud

Griffith y White (Griffith, 2005) estudiaron la aplicación de este modelo referente en cinco hospitales que recibieron el Premio a la Calidad Baldrige en los últimos años. Uno de ellos, el hospital St. Luke (SLH), ubicado en Kansas, ha desarrollado un marco que incluye las relaciones de estrategia, el proceso y el rendimiento. Ver Figura 2.4

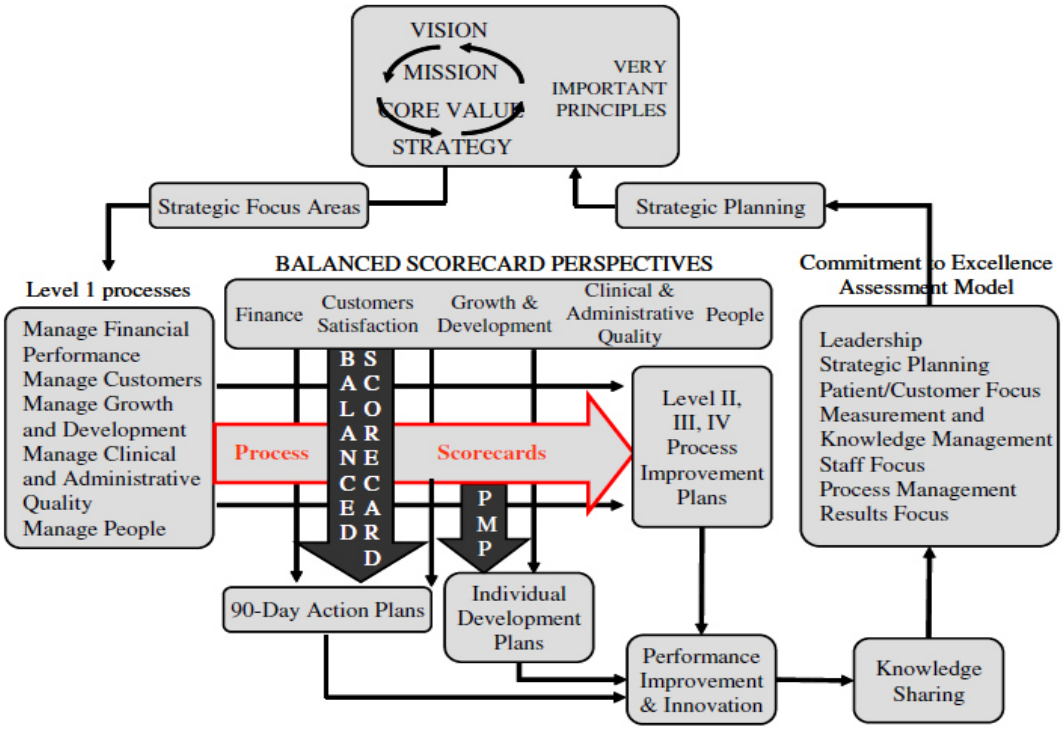


Figura 2.4 Modelo de gestión en el hospital ST LUKE de Kansas (Leu+, 2009)

La parte teórica de los procesos encontrados por (Leu+, 2009) puede incluir un sistema de cinco niveles de atención médica:

El primer nivel es el proceso clínico del paciente, de la hospitalización a salida.
El segundo nivel se refiere a la atención del paciente, la docencia y la investigación.
El tercer nivel se define la asignación de recursos en el hospital y construye un sistema de atención médica.
En el cuarto nivel se describen los recursos del sistema de salud regional.
El quinto nivel se describe los acuerdos con la mejor eficiencia médica y prestaciones dadas, las restricciones de políticas, reglamentos y presupuestos, desde la perspectiva del gobierno.

Jun der Leu (Leu+, 2009) afirma que este modelo se puede aplicar para valorar la calidad de los servicios médicos. Sin embargo, un enfoque sistémico para el soporte de la puesta en práctica es necesario conseguirlo con la excelencia en los procesos de negocio de las empresas de Atención en Salud. El autor hace mención que para la evaluación tiene un sistema de información (ARIS) que está basada en una arquitectura de procesos que fue desarrollada por la empresa IDS Scheer AG (Wikipedia, 2012) y ha sido utilizado en una variedad de aplicaciones industriales.

Marco Básico de la herramienta ARIS

En la implementación, el marco básico de la herramienta ARIS incluye las fases de análisis de negocio, análisis de valor, análisis de proceso central, modelado de procesos e informatización.

En la primera fase, el objetivo y el límite de aplicación en el hospital deben estar bien definido. Para este propósito, los indicadores de calidad de las organizaciones de salud pueden ser diseñados como indicadores de desempeño.

En la segunda fase, el valor principal del hospital está definido, teniendo en cuenta el servicio clínico del paciente y el despliegue de recursos médicos

En la fase del análisis del proceso central aplicando la técnica AS-IS, los procesos en marcha en el hospital se resumen, después el flujo del paciente se analiza en términos de tiempo de servicio y distribución en las instalaciones.
Los métodos de estudio y análisis en tiempo de diseño se aplican durante esta fase.

Al mismo tiempo, la falta de información de la aplicación de sistemas se analiza en términos de flujo de pacientes.

En la Fase de modelado de Proceso se usa el método TO-BE, los procesos clínicos son rediseñados y los flujos de trabajo se modelan por un extenso diagrama de cadena de procesos por eventos.

La última Fase, los procesos de reingeniería son informatizados.

Para el desarrollo del modelo de negocio ARIS analiza procesos desde los puntos de vista de la organización, datos, control y funciones.

Indicadores de Calidad

Sobre la base de los objetivos y los límites de BPM, tres indicadores de calidad interno y médico son seleccionados como indicadores de funcionamiento.

- Estos indicadores internos, evaluados en el servicio de urgencias son: el número de observaciones restantes, la tarifa de ocupación de cama y horas de profesión de enfermero.
- Los indicadores de calidad médicos propuestos por el gobierno pueden ser clasificados en cuatro categorías: (1) índice de mortalidad; (2) vuelta imprevista de la emergencia; (3) remisión; y (4) nivel de servicio.

El valor del análisis, los procesos de diagnóstico crean valor a los pacientes directamente; los procesos de apoyo ayudan en la ejecución de diagnóstico de procesos.

Análisis de procesos AS IS

Tras el análisis del valor, el core de procesos AS-IS (TAL CUAL) son definidas la llegada de pacientes (A), triaje (B), registro (C), diagnóstico (D), el tratamiento (E), observación (F), facturación (G) y de salida (H). Estos procesos básicos están en la elaboración por primera vez del análisis del flujo de pacientes, ver Figura 2.5

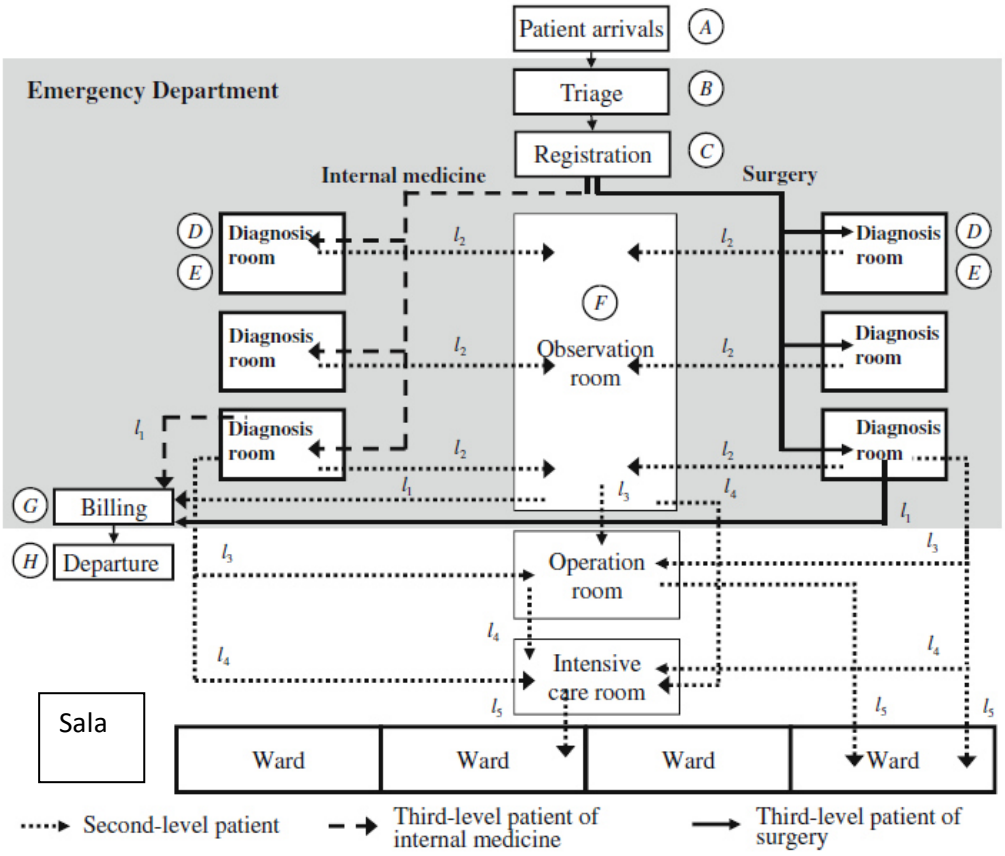


Figura 2.5. Core de procesos en el servicio de emergencias del hospital ST LUKE de Kansas (Leu+, 2009)

Jun der Leu (Leu+, 2009) identifica los siguientes problemas:

- **Flujo de pacientes en la distribución de las instalaciones:** el diseño de la sala de emergencia hace que los pacientes de emergencia se concentren en ciertas áreas. Cuando está lleno o hay una emergencia, puede haber retrasos en los procesos clínicos o las personas pueden chocar entre sí. Esto hace que aumenten la probabilidad de accidentes en el servicio de emergencia.
- **Los Procesos de Emergencia clínicos**: Algunos procesos se definen de manera diferente o tienen contenidos diferentes en distintos informes. Además, la mayoría de los procesos no pueden ser desplegados en detalle y la relación entre los procesos no se identifica. Sin procesos clínicos de emergencia bien identificados, los servicios médicos pueden ser retrasados y cometer errores en el tratamiento médico.
- **Despliegue de recursos médicos:** Los recursos no son exactamente identificados o asignados en cada proceso médico. Este problema conduce a cuellos de botella o recursos ociosos. Por ejemplo, el médico maneja tareas, tales como la interrupción del flujo de sangre que podrían ser ejecutadas por las enfermeras. Esto disminuye el tiempo real de diagnóstico de los médicos y extiende el tiempo de espera de otros pacientes.

- **Huecos de información en salud:** Los informes de anamnesis (HC) y la inspección se registran en papel o HIS (sistema de información de salud). En la práctica, el personal médico no puede obtener informes de anamnesis y la inspección directamente desde el HIS por falta de información entre los sistemas funcionales. Esto hace más evidente en las situaciones con las asignaciones de las tareas, como para las remisiones, clínica ambulatoria, hospitalización y operaciones.
  Esto aumenta el tiempo de espera de los pacientes. Además, el costo no puede ser automáticamente registrado o recogidos para el análisis de costo-beneficio en el sistema de información actual

Luego crea una tabla que refleja los resultados estadísticos, que presenta la reducción del número de observaciones que quedan en el servicio de emergencia, la tasa de ocupación de camas se redujo, las horas de enfermería aumento, etc. ver tabla 4.

	Before BPM project		After BPM project		*t* statistic	*P*-level
	Average	SD	Average	SD		
Number of remaining observations	1,020	152.50	867	114.03	–2.30	0.06*
Bed occupancy rate (%)	93.31	13.09	79.74	10.70	–2.05	0.08*
Nursing hours (minutes)	108.85	13.96	128.01	25.98	2.07	0.08*
Ratio of unplanned emergency returns within 72 h (%)	0.28	11.87	0.17	7.97	–1.16	0.33
Lengths of stay of more than 6 h (%)	7.91	0.44	7.23	0.67	–1.95	0.15
Ratio of nurses to patients (%)	10.64	1.40	12.37	0.50	3.33	0.06*
Ratio of patient departure without diagnosis (%)	1.66	0.15	1.91	0.14	2.31	0.11
Ratio of referral (%)	1.32	0.39	1.70	0.17	3.01	0.06*

**P*-level<0.10

Tabla 4 Performance de un departamento de emergencia del hospital ST LUKE de Kansas (Leu+, 2009)

2.2.1.8 Manifestaciones en el mundo según teorías revisadas, modelos y metodologías referente a la mejora de los procesos en entidades de salud

Según los antecedentes del problema de esta investigación he realizado una interpretación gráfica de los antecedentes estudiados, en la figura siguiente mostraré en un mapa en el mundo los lugares y años que se realizaron estos estudios:

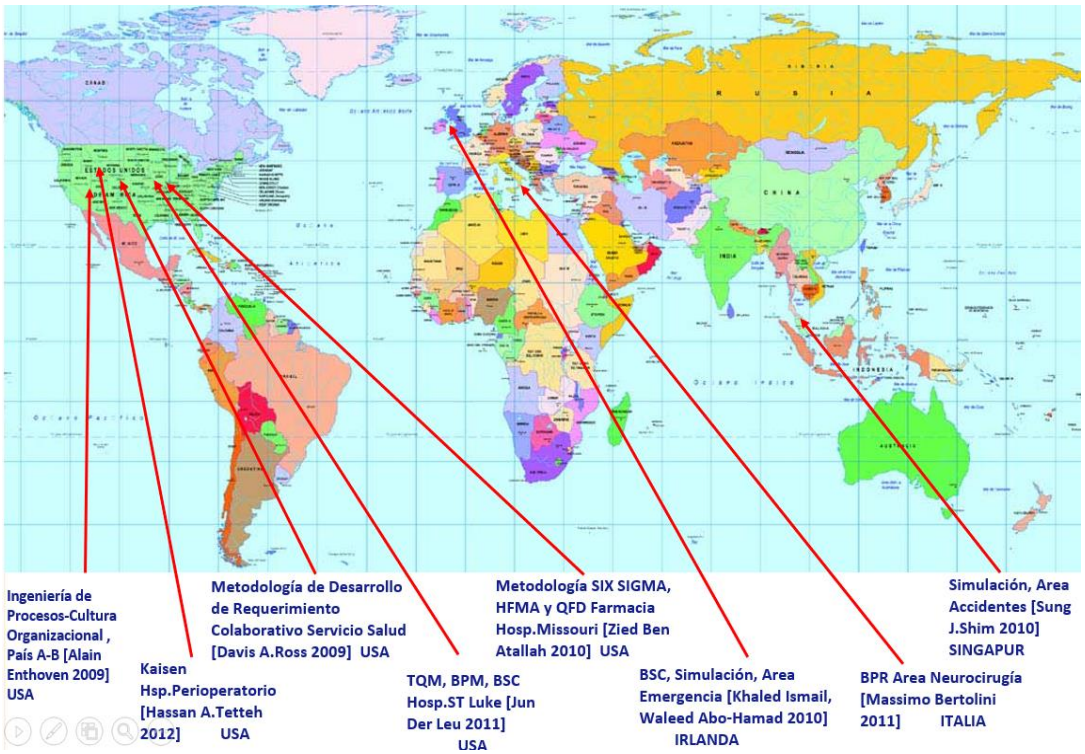


Figura 2.6 Modelos y metodologías usados por diferentes autores sobre mejora de procesos en entidades de salud (elaboración propia)

2.2.2 Tesis Doctorales y de Maestría

2.2.2.1 Planificación Estratégica

Según (Ahumada, 2005) en su Tesis Doctoral "Gestión de Diseño y Planificación Estratégica del Conocimiento en los Clústeres Empresariales" de la universidad Politécnica de Valencia, define el proceso de planificación estratégica como un esfuerzo organizacional bien definido y disciplinado que apunta a la total especificación de la estrategia de una empresa y la asignación de responsabilidades para su ejecución. Si bien es difícil describir dicho proceso en forma global, porque éste depende de las características y requerimientos particulares de cada empresa, se pueden citar algunos puntos en común, que son básicos en el proceso de planificación formal de la mayor parte de las organizaciones, estos son:

- Los niveles jerárquicos que participan en el proceso (corporativo, de negocio y funcional).
- Las tareas de planificación en cada uno de esos niveles.
- La secuencia en que se deben ejecutar estas tareas.

Podemos concluir que, a través de la visión global del Modelo de Gestión y Planificación Estratégica de Diseño, podemos constatar que el estudio de los factores que influyen en la competencia de las empresas, se determina a través de la identificación de los factores internos empresariales y los agentes que componen el entorno competitivo, estableciéndose aquellas variables que inciden en el pensamiento estratégico de las organizaciones y los sectores productivos.

2.2.2.2 La Gestión Estratégica de la Calidad

Según (Ureña 1998) en su tesis Doctoral "Gestión Estratégica de la Calidad", menciona que la ventaja competitiva, con origen en la competencia básica y agregando a dicho despliegue los elementos de gestión estratégica correspondientes, conectándolos con los criterios del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total (EFQM), se obtiene la representación definida en la figura 2.7, la cual proporciona un esquema de integración entre la gestión estratégica y la gestión de la calidad total.

La competencia básica está formada por la combinación de tres elementos diferenciados:

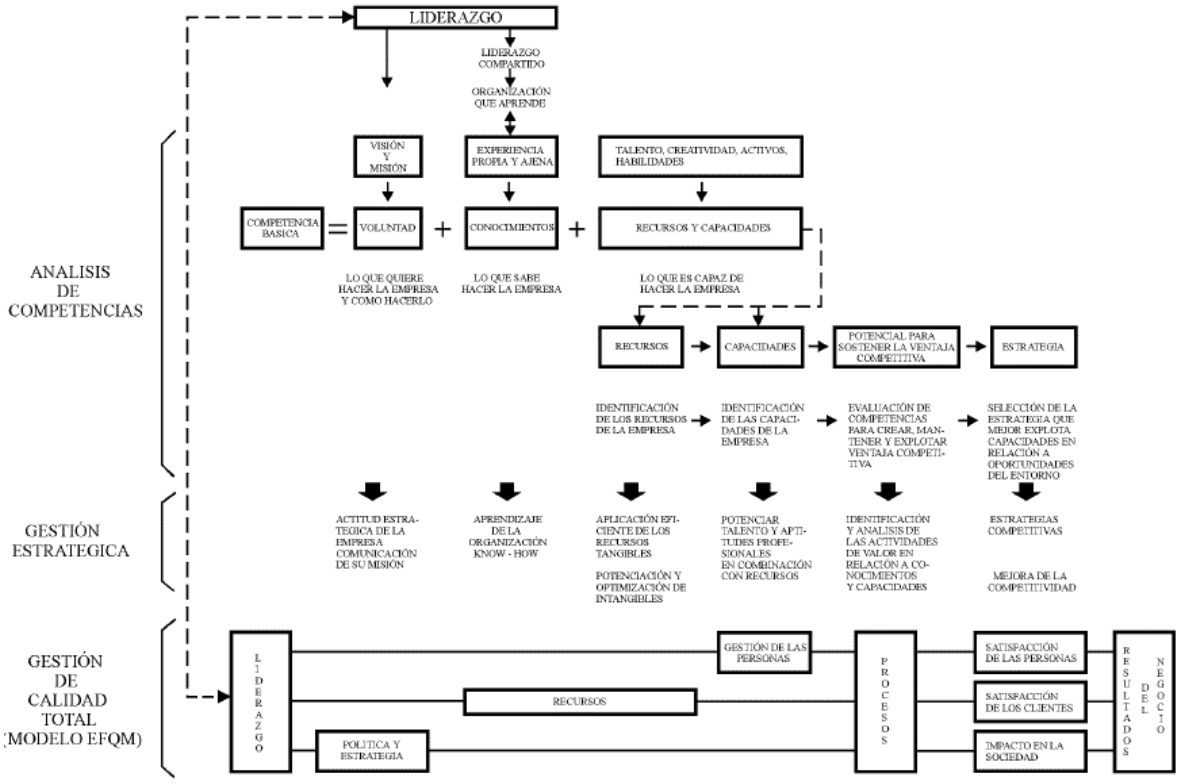


Figura 2.7 Integración de la Gestión Estratégica y la Gestión de la Calidad Total (Ureña, 198)

Podemos concluir que la calidad se manifiesta como un ciclo más integral del producto, abarcando desde la concepción del mismo hasta su

distribución y funcionamiento en manos del usuario. Esta manifestación de la calidad da lugar a cambios organizativos en los departamentos de calidad de las empresas industriales, buscando una adaptación funcional a la misma. Sin embargo, en la práctica, la responsabilidad se sigue viendo como propia de los departamentos de calidad, lejos por tanto todavía, de los principios de una gestión de calidad total.

2.2.2.3 Calidad de Servicio

Según (Civera, 2008) en su tesis "Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de Gestión Establecido" define calidad al conjunto de propiedades, circunstancias, caracteres, atributos, rasgos y demás humanas apreciaciones, inherentes o adquiridas por el objeto valorado: persona, cosa, producto, servicio, proceso, estilo, función empresarial, etc., que permiten distinguir las peculiaridades del objeto y su productor(empresa) y estimarlo(valorarlo) respecto a otros objetos de su especie.

En su tesis refiere al modelo de Grönroos define y explica la calidad de servicio percibida a través de las experiencias de las dimensiones de la calidad, sino que la ilustra conectando las citadas experiencias con las actividades del marketing tradicional.

La buena calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada satisface las expectativas del cliente, esto es, la calidad esperada. Si las expectativas son poco realistas, la calidad total percibida será baja, aun cuando la calidad experimentada medida objetivamente sea buena.

En conclusión, se puede afirmar que el análisis realizado de los factores determina la satisfacción de los usuarios con el personal médico y de enfermería y a su vez la influencia de esta satisfacción sobre la calidad percibida por los pacientes en la prestación de los servicios asistenciales y con el hospital en general.

2.2.2.4 Reingeniería de un Proceso Asistencial, reducción de la lista de espera de varices

En su tesis doctoral de Esteban Hernández, (Hernández, 2007) de la Universitat Rovira I Virgili de España, la lista de espera de varices son un problema que afecta a la mayoría de los servicios de cirugía vascular. Existen diversos mecanismos para el abordaje de estas listas, entre ellos, las medidas de tipo organizativo encaminadas a mejorar la eficiencia mediante una gestión adecuada de éstas. Dentro de estas medidas, las técnicas de reingeniería de

procesos son una herramienta a nuestro alcance que puede ayudarnos en la gestión apropiada de las listas de espera. El objetivo es Rediseñar el proceso variz para conseguir una reducción de la lista de espera de varices en un servicio de cirugía vascular

Conclusiones, La aplicación de un programa de reingeniería nos ha permitido una reducción de nuestra lista de espera de varices de una manera efectiva.

2.2.2.5 Reengineering: An analysis of factors influence success of failure

Tesis doctoral realizado por Guy T.Hatch (Guy,1994) de Massachusetts Institute of Technology: **Reingeniería: un análisis de factores influye en el éxito o el fracaso.**

La reingeniería es el camino para realizar un proceso radical a gran escala en las organizaciones que necesita un cambio. El proceso de reingeniería se ha dividido en cuatro etapas: para el análisis, la evaluación, el rediseño y la implementación. Esta tesis describe la metodología básica, las aplicaciones y las limitaciones para descubrir los factores subyacentes que influyen directamente en el resultado final del esfuerzo de reingeniería.

La reingeniería es volver a iniciar un nuevo negocio con los recursos y los procesos. Es una herramienta para cambiar la cultura de los procesos de una organización. Aunque ninguna etapa es fácil, el proceso de implementación es, con mucho, la etapa más desafiante de la metodología. La implementación requiere habilidades diferentes a las que se necesitan durante el proceso de rediseño. En la mayoría de los casos, el equipo de rediseño se desarrolló en un nuevo proceso superior al actual. La empresa, cambiar la cultura y los negocios para el nuevo proceso a veces no son desarrollados como uno quisiera, para respaldar una transición permanente y exitosa en los nuevos procesos de negocios sugiere tener los niveles de liderazgo en todo nivel y un equipo central, estos niveles son cruciales para tener la mayor oportunidad de un esfuerzo exitoso de reingeniería. Por lo tanto, la selección cuidadosa de los miembros del equipo es clave.

Concluimos que la modificación de los procesos en una empresa debe cumplir ciertos requisitos que estén alineados a los mercados y tecnologías emergentes. La reingeniería es una herramienta de gestión del cambio, la gestión del cambio es el arte que el líder debe explotar, la comunicación, la negociación y el establecimiento de relaciones interpersonales sólidas harán que la reingeniería sea un proceso que puede ser un medicamento fuerte para el cambio, pero sin las personas adecuadas sería ineficaz tratar las dolencias.

2.2.2.6 Gestión estratégica de la reputación. Eje central de la gestión empresarial

En la tesis doctoral de Aracil Luciano Rafael (Aracil, 2016) "Gestión estratégica de la reputación. Eje central de la gestión empresarial", la Comunicación Empresarial ha experimentado una gran transformación en España en los últimos 30 años, transformación similar a la que, con diferente cronología según sus respectivos desarrollos, ha tenido lugar en todos los países con economía de mercado. La Comunicación ha pasado de estar en los años 80 prácticamente ausente de los organigramas como función diferenciada a situarse en la actualidad de forma destacada en la proximidad de las Direcciones Generales.
Naturalmente, este proceso no es ajeno al que está viviendo toda la sociedad, en la que la comunicación tiene una presencia cada vez mayor y las empresas han tenido que ir adaptando sus organizaciones para dar respuesta a este fenómeno. Parece lógico esperar que, dada la importancia creciente del mismo, el futuro de las empresas estará determinado en gran medida por su capacidad para gestionar la Comunicación

El objeto de esta tesis es analizar la reciente evolución de la comunicación empresarial y del contexto social en el que se produce para proponer a partir de este análisis un modelo de organización de su gestión que responda a las exigencias del futuro previsible.
La investigación se ha abordado desde una perspectiva fenomenológica, consecuentemente con una metodología cualitativa basada en la observación y el estudio, el análisis y la inducción para extraer las conclusiones finales.

Las conclusiones de la tesis podemos decir que los Intangibles tiene cada vez más importancia en el conjunto de los activos de la Empresa. La Reputación es el activo más valioso de la empresa. El espacio en el que se conforma la Reputación es el de los Medios de Comunicación. La gestión de la Reputación de la empresa es la gestión de sus relaciones corporativas, proponiendo un sistema de Gestión final.

2.2.2.7 El valor del cliente como herramienta estratégica de gestión en un mercado industrial

La tesis doctoral de Antonio Jesús Sánchez Arrieta (Sánchez, 2007) "El valor del cliente como herramienta estratégica de gestión en un mercado industrial" se pretende analizar cuáles son las variables del cliente que son

necesarias medir para conocer a aquellos que son más valiosos para una empresa, los que contribuyen a que ésta crezca, para así poderlos clasificar. Aparte de estas variables que se analizan (satisfacción, calidad percibida, confianza, valor recibido y modo en que se gestionan las reclamaciones e incidencias) consideramos que la recomendación que los clientes hagan de su empresa en sus mercados es decisiva para asegurar un crecimiento, o lo que puede ser peor, la pérdida de clientes y de valor en el mercado.

Como conclusiones se propone un modelo mejorado de análisis de valor del cliente desde la perspectiva de marketing. Ver modelo (figura 2.8)



Figura 2.8 Modelo mejorado de Análisis de Valor del Cliente desde la perspectiva de Marketing (Sánchez, 2007)

2.2.2.8 La calidad de la gestión institucional como condición para la generación de conocimiento científico en el sistema educativo universitario ecuatoriano

En el presente trabajo de tesis doctoral "La calidad de la gestión institucional como condición para la generación de conocimiento científico en el sistema educativo universitario ecuatoriano" realizado por Inés Palomeque (Palomeque 2018) de la UNMSM sintetiza un estudio sobre la calidad de la gestión institucional, y cómo ésta influye en la generación de conocimiento científico. El enfoque se ubica en el sistema educativo universitario ecuatoriano y engloba los factores de capital humano, relacional y estructural; para contrastar su función con la producción científica, de tecnología e innovación, y de transmisión y difusión de conocimientos científicos; análisis que se ha realizado en las universidades de categorías A y B, públicas y privadas del Ecuador. La idea ha partido de la necesidad de

las universidades ecuatorianas de mejorar e incrementar significativamente los estudios y publicaciones en revistas científicas que tiene este país.

Conclusiones: Confirmamos que la calidad de la Gestión Institucional es una condición fundamental para que la Universidad pueda generar conocimiento, desarrollando liderazgo para lograr la excelencia Académica. Las autoridades de universidades muestran especial atención e interés en cumplir con todos los indicadores educativos para su acreditación, por lo que el tiempo es propicio para contribuir con el parámetro de generación de conocimientos científicos factor principal para su acreditación. Es necesario que la Universidad asuma los desafíos para estar en capacidad de desarrollar investigación de calidad. Por lo cada una deberá impulsar acciones emergentes para lograr la calidad y eficiencia educativa superior.

2.2.2.9 La calidad y su influencia en la competitividad en las empresas enlatadoras de atún de la ciudad de Manta - Ecuador

La tesis para optar el grado académico de Doctor por Fausto Freddy Soledispa Lucas que tiene como título "La calidad y su influencia en la competitividad en las empresas enlatadoras de atún de la ciudad de Manta – Ecuador" está enmarcado en la economía local y nacional del Ecuador, las empresas que se dedican al procesamiento y conservas del atún en Manta, se constituyen en el eje fundamental y articulador de las actividades productivas de esta ciudad cuyo impacto se denota tanto a nivel provincial como nacional. La producción y riqueza generada, impulsan el logro de una economía de bienestar, siendo la base del crecimiento económico y desarrollo de esta región del país. Este es un sector clave por su aporte a la economía local, por tanto, el desafío que se enfrenta consiste en resolver el problema sobre la calidad de las empresas para lograr los niveles de competitividad necesarios para participar adecuadamente en los mercados.

Así, la presente investigación tiene como objetivo central determinar que la calidad influye en la competitividad de las empresas enlatadoras de atún en la ciudad de Manta.

Concluimos que se puede afirmar que la calidad es un factor clave para desarrollar la competitividad, estableciendo la mejora continua en sus procesos con el fin de conducir al éxito a las empresas y al sector industrial atunero.

2.2.2.10 Modelo de gestión de calidad para hospitales

La tesis doctoral "**Modelo de gestión de calidad para hospitales" de** Javier Stalin Chacón Cantos (Chacón, 2018) realizado en la UNMSM, especifica que la calidad total y la cultura del mejoramiento continuo son metas organizacionales que permiten brindar una mayor satisfacción al usuario de un servicio o sistema de salud, en el marco de sus políticas locales, nacionales o internacionales y normativas legales vigentes. Representan un cambio radical positivo de cultura institucional enfocado en la eficiencia y productividad de control de procesos a través de indicadores y resultados objetivos medibles en una atención tangible o intangible.

Se Determinó la influencia de la gestión de calidad en el desempeño hospitalario en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Determina la influencia de las dimensiones mejoramiento continuo de la gestión de la calidad y gestión por procesos de la gestión de la calidad en la productividad y satisfacción del usuario del Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante

La acreditación hospitalaria permite elevar los estándares mínimos permitidos y aceptados de calidad en cada eje transversal de la organización hospitalaria, enfocado a la educación continua del equipo y personal de atención y servicio en brindar una atención integra, calidad y eficiente a la sociedad, con optimización de tiempos y recursos existentes, permitiendo una mejor cobertura con mayor satisfacción del usuario final

Conclusión de la tesis, se analizó las influencias, se diseñó un modelo teórico-matemático de gestión de calidad, basado en la aplicación de indicadores de desempeño, que fueron validados a través de un Tablero de Mando Integral en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, donde se estableció un estudio comparativo del antes y después de la aplicación de dicho modelo de calidad, y se verificó la influencia de variables en los resultados obtenido

2.2.2.11 Propuesta de un modelo de gestión por procesos en la atención de enfermería en el servicio de emergencias del hospital militar

El objetivo de esta tesis de maestría "Propuesta de un modelo de gestión por procesos en la atención de enfermería en el servicio de emergencias del hospital militar" es de contribuir a la mejora de los procesos gerenciales en la atención de enfermería del servicio de emergencia del Hospital General Numero 1 de Quito en admisión, triaje y atención al paciente urgente, (Guanín, 2015).

La metodología usada es la de controlar los procesos en el área de enfermería y para ello se ha planteado tres aspectos básicos:

- Definir los procesos

- Capacitar al personal
- Herramientas de Control

En la siguiente figura observamos los procesos del área de enfermería.



Figura 2.9 Proceso del área de enfermería del Hospital General N°1 de Quito, Ecuador (Guanín, 2015)

2.2.2.12 Aplicación de Gestión por Procesos

La gestión por procesos según Viviana Silva Escobar en su tesis "Aplicación de Gestión por Procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr. Eduardo Herrera", (Silva, 2013), es de Contribuir a mejorar la gestión por procesos de dicho hospital, a través de la identificación y análisis de sus procesos, como herramienta que apoya la toma de decisiones y la optimización de recursos.

La metodología usada fue de diagnóstico descriptivo de situaciones reales, Este tipo de evaluación permite realizar un seguimiento de aquellos procesos que se desarrollan al interior de la institución, identificando los mecanismos mediante los cuales el Hospital está generando logros, así como detectar los aspectos que pueden no estar operando correctamente y requieren de estrategias de mejora.

El diagnóstico descriptivo lleva a la especificación de la *secuencia evaluativa,* que corresponde analizar la cadena de procesos del hospital, los resultados esperados es la del mapa de procesos de la institución, los procesos claves y sus interacciones y las propuestas de mejora que se desprendan de los procesos claves priorizados, para la mejora continua de la gestión del establecimiento. Considerando lo anterior la secuencia evaluativa se puede resumir en el siguiente esquema:

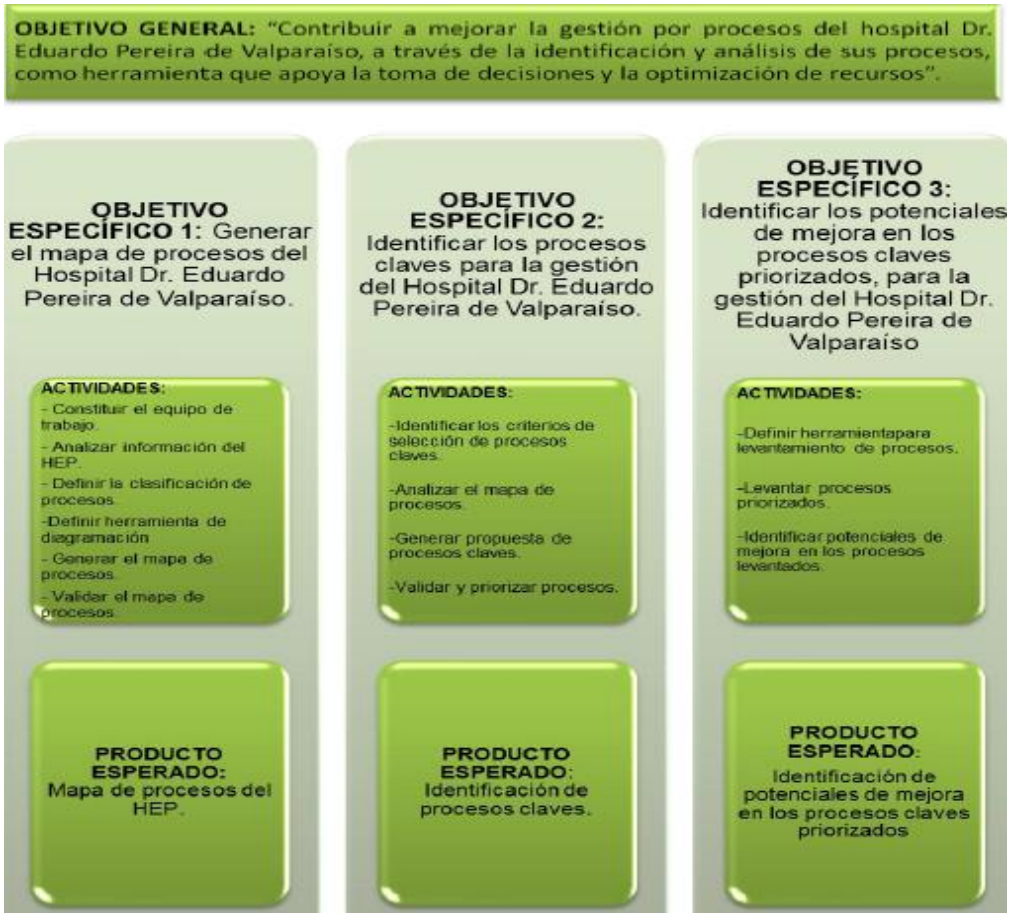


Figura 2.10 Diagrama de Secuencia evaluativa del hospital Dr. Eduardo Pereira, (Silva, 2013)

Podemos concluir, se logró que el hospital diera una mirada a la gestión por procesos y se planteara el desafío de aplicar herramientas de ingeniería en el ámbito de la salud, apoyando la toma de decisiones en este tipo de metodología, a fin de encontrar en ella optimizaciones para su gestión institucional y en red.

2.2.2.13 Mejora en el proceso de Atención en Consulta Externa

El objetico de esta tesis de Romero Loor Johnny "Mejora en el proceso de atención de consulta externa de un hospital de Guayaquil" (Romero 2010), fue de reducir los tiempos que los pacientes deben esperar para recibir la atención médica.

La metodología usada se empieza con un análisis del proceso central de atención a pacientes mediante la elaboración de diagramas de flujo y la medición de indicadores que permitan conocer la situación actual.

Se observa en la figura 2.11 la elaboración del mapa de la cadena de valor que nos permitirá conocer los tiempos en la atención de los pacientes de consulta externa.

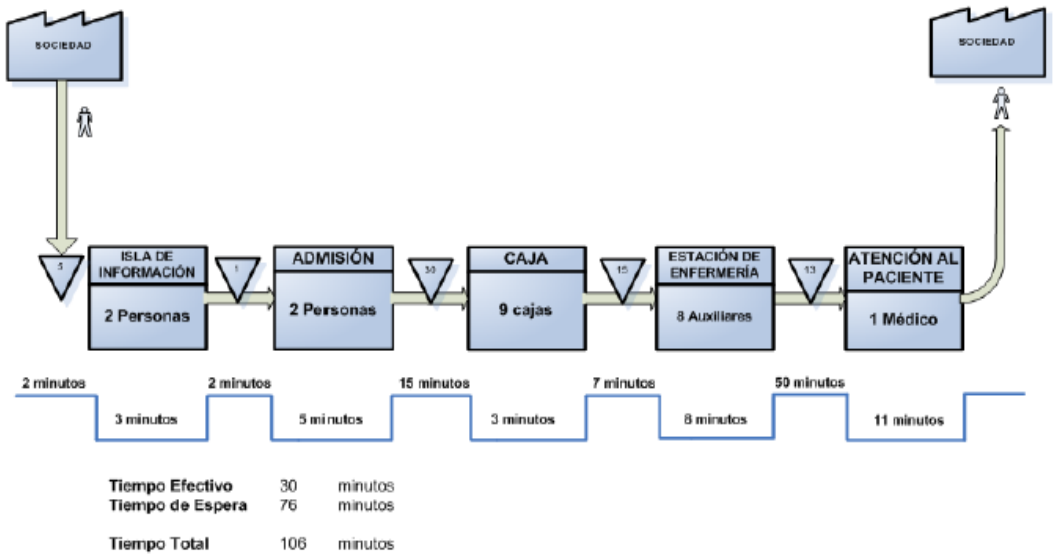


Figura 2.11 Mapa de la cadena de valor actual, (Romero 2010)

2.2.2.14 Mejora del Proceso de Gestión de camas del hospital Clínico de la Universidad de Chile

El objetivo de la tesis de Chapa Pablo es la disminuir los tiempos que esperan por camas los pacientes del HCUCH, a través del monitoreo en línea del estado de las camas y de la aplicación de acciones correctivas de demoras en el proceso de hospitalización (Chapa, 2016).

La metodología usada es de la Ingeniería de Negocios, es otorgar herramientas que permitan el diseño formal de negocios. Dado cómo son desarrollados los negocios, es necesario que el diseño sea desde muchas perspectivas, y esta necesidad es cubierta por este diseño ya que es multidisciplinario, incluyendo modelos de negocios, estrategia, procesos, arquitectura empresarial, diversas analíticas, sistemas de información, además de tecnologías de hardware y software, lo que permite generar propuestas de diseño de negocios que no solo son detallados e integrados, si no que están alineadas con los intereses de la organización (Barros, 2013).

En la Ingeniería de Negocios Chapa plantea lo siguiente según la figura 2.12

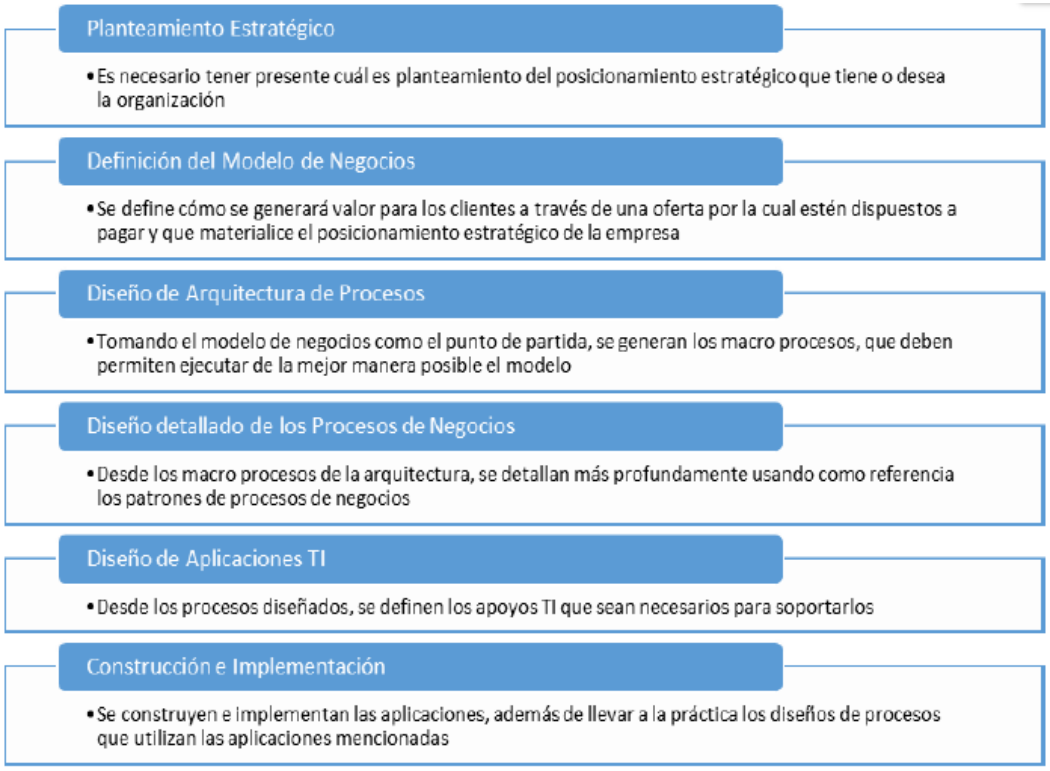


Figura 2.12 Esquema de funcionamiento de Ingeniería de Negocios, (Chapa, 2016)

Las conclusiones son que Los hospitales públicos enfrentan muchas dificultades que sus símiles privados no enfrentan, es por eso que la aplicación de técnicas y metodologías que usualmente se han utilizado en otras industrias puede hacer una diferencia en la cantidad de pacientes tratados y a la vez en la congestión que se genera. Estas técnicas incluyen temas como gestión de capacidad, ingeniería de procesos, gestión de demanda.

2.2.2.15 Mejoras a la gestión del proceso de abastecimiento de insumos clínicos para el hospital San José

El objetivo de la tesis "Mejoras a la gestión del proceso de abastecimiento de insumos clínicos para el hospital San José" realizado por Morales Valerio Fernanda (Morales, 2015) es la de generar una propuesta de mejoras al proceso de abastecimiento de insumos clínicos para el Hospital San José, para estandarizarlo y mejorarlo y así lograr un funcionamiento más eficiente, seguro y controlado.

La metodología usada en esta tesis es la de diseño de procesos de negocios, que consta de los siguiente:

- Definición del proyecto

- Interiorización con el proceso y cultura hospitalaria, extracción de datos
- Levantamiento del proceso actual de la gestión de abastecimiento
- Identificación de problemas y procesos claves
- Diseñar mejoras al sistema, Rediseño
- Implementación

En la siguiente figura observaremos la gestión de abastecimientos del hospital

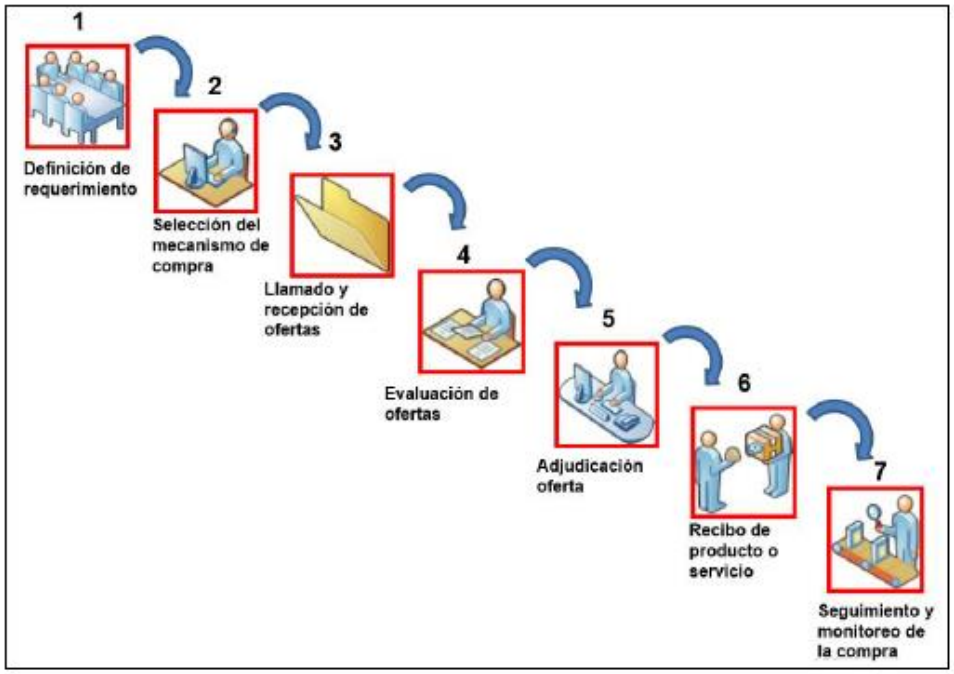


Figura 2.13 Gestión de Abastecimiento del hospital San José (Morales, 2015)

Concluimos que en el Hospital San José ha tomado conciencia de la importancia de tener controlados sus procesos, y mejorar paso a paso el funcionamiento de este mismo. Dada la magnitud del Hospital (es uno de los más grandes de la Región Metropolitana de Chile), se hace cada vez más necesario que se mejore su funcionamiento y no caer en el riesgo de tener que parar sus labores o, por ejemplo, perder la acreditación.

Dentro de los procesos que ocurren dentro del Hospital San José, uno de los que involucra a más personas, recursos, unidades, etc. es el de Abastecimiento. Abastecimiento se llama al proceso que va desde que se define los insumos que se van a necesitar en un período hasta que estos se encuentran en las bodegas satélites de cada Unidad Clínica.

2.2.2.16 Modelo de Gestión por Procesos para el área de pediatría del Hospital Regional de Portoviejo

El objetivo de esta tesis de maestría es la de proponer una modelo de gestión por procesos para asegurar la atención del usuario del Hospital Regional de Portoviejo, Manabi-Ecuador, (Tejena, 2014).

La metodología usada es la analítica y sintética.

La analítica es el estudio a cada una de las variables con sus respectivas categorías y subcategorías para su aplicación a partir de la observación de un problema y consecuentemente proponer un modelo de gestión de la misma, que será verificado a través de los resultados obtenidos. La sintética es la consecuencia del complemento del estudio y análisis del problema investigado pues una vez que se analizaron los resultados se sustentó científicamente con el respectivo debate teórico, se realizó el respectivo proceso de alcance de objetivos para posteriormente establecer las conclusiones y recomendaciones.

En la siguiente figura observamos el mapa de procesos del departamento de pediatría según (Tejena, 2014).

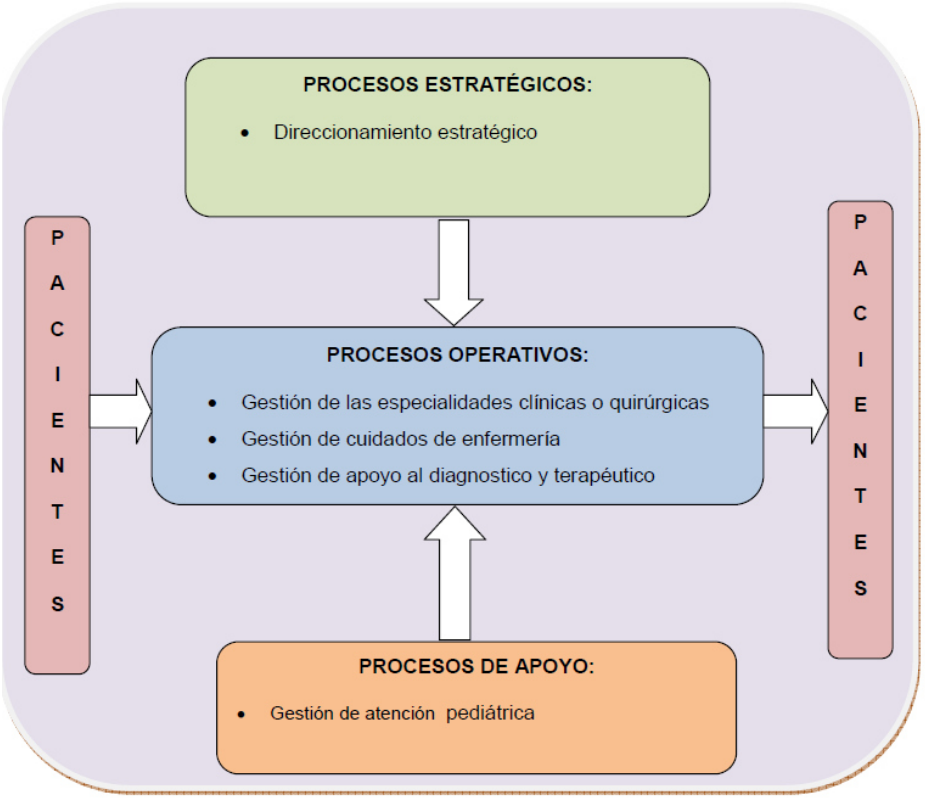


Figura 2.14 Mapa de procesos del departamento de pediatría del Hospital Regional de Portoviejo, Ecuador

En las conclusiones se puede obtener que el departamento de pediatría no cuenta con un modelo de gestión que cubra las necesidades del departamento.

Los procesos de mayor problema presentados son los de atención pediátrica y sus subprocesos de gestión de admisión y de atención al usuario En el análisis realizado se identificó que el principal problema del subproceso en la gestión de admisión es la base de datos de la historia clínica y de atención al usuario es la preparación y cuidado directo del paciente

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Salud Pública

El enfoque de la salud pública se centra en la intervención y prevención de las enfermedades y lesiones que tuviera la población (Yasnoff+, 2000). Para ello existen leyes y organismos de salud pública que rigen las instituciones y que están inmersos en un sistema complejo que puede ser amenazada por cambios políticos o de otra índole que pueden cambiar los procesos de negocio de las instituciones de salud (Rouse, 2000), (CSFPHD 1988).

Según (Anderson 2002), los hospitales y entidades de salud son gestionados con una visión empresarial, Sin embargo, en contraste con la mayoría de otras industrias, cuando se trata de la formulación de objetivos, la definición de servicios o el diseño de procesos que atraviesan los grupos profesionales, hay una falta de perspectivas comunes (Braun, 2007), lo que puede atribuirse a las diferencias en educación, incentivos, sistemas de valores, etcétera, (Glouberman, 2001). Según (Fitterer+, 2010) afirma que estas características influyen en no tener una atención médica adecuada que son influenciados tanto por factores externos como internos. Para tener una networkability tenemos que avanzar elaborando la *cadena de valor* del cuidado de la salud, identificando las capacidades internas y externas de las organizaciones, colaborar entre ellos a nivel de los procesos de negocio y estructuras de las TIC (Wigand+, 1997).

Según (McCaig ,2004), debido al hecho de que el número de pacientes que llegan a urgencias suelen superar la capacidad física de las salas de espera, existe un problema crítico que los stakeholders deben resolver mejorando sus procesos.

El tiempo de espera da un valor negativo a la actividad y conduce insatisfacción del paciente. Además, el hacinamiento tiene consecuencias dramáticas que incluyen mayores tasas de mortalidad de los pacientes (Richardson, 2006).

El hacinamiento involucra que los pacientes en espera de admisión de emergencia, están siendo tratadas en áreas que no son de tratamiento, como los corredores. Los pacientes utilizan los recursos de las zonas sin tratamiento y los tiempos de espera exceden los períodos razonables que debería esperar un paciente (Schneider+, 2008) y con mayor tasa de llegada de otros pacientes el problema puede empeorar (Miller+, 2003).

Los pacientes no saben a qué sistema de salud ingresar, el estado no ofrece una solución ideal al asegurado y las empresas privadas de salud no tienen sus procesos internos de atención del paciente adecuadamente definidos (Urbina, 2006).

Farsi (Farsi, 2006), afirma que, frente a los desafíos de la eficiencia operativa, costos y calidad en la prestación de servicios médicos y de atención al paciente, influyen en no tener una adecuada atención médica.

Según el Institute for Healthcare Improvement en Cambridge, USA, ha estimado que del 30 al 40 por ciento del costo total de producción de salud es un desperdicio en términos de tiempo, de dinero, de materiales y de recursos (Chalice, 2007).

Baldrige National Quality Program de los EEUU (Baldrige, 2012), ha desarrollado un modelo de evaluación de la excelencia, que está diseñado para garantizar un mejor servicio y mejorar la calidad médica. (Leu+, 2009) afirma que este modelo se puede aplicar para valorar la calidad de los servicios médicos. Sin embargo, un enfoque sistémico para el soporte de la puesta en práctica es necesario conseguirlo con la excelencia en los procesos de negocio de las empresas de Atención en Salud.

Basado en un modelo de Networkability, (Fitterer+, 2010) presenta los factores que influyen en el sector de la salud a través de un enfoque que evalúa la madurez de una organización, que constituye la base para mejorar la capacidad de participación de manera eficiente en las relaciones de negocios. Así mismo contribuirán a elaborar una *cadena de valor* del cuidado de la salud, identificando las capacidades internas y externas de las organizaciones, que colaborarán entre ellos, enfocado a los procesos de negocio y estructuras de las TIC. Para crear el modelo de madurez Networkability para los proveedores de cuidado de la salud, el autor clasifica varios modelos y que a continuación se define algunos:

- Para Alineación de los negocios y TI se basa en grupos de estrategia de negocio y TI, Infraestructura y procesos de la organización (Luftman, 1996).

- Para procesos de Gestión, se evalúa mediante BPM, para ver los factores de alineamiento estratégico, cultura organizacional, personas, gobierno, métodos, etc. (Rosemann, 2004).
- Para gestión de proyectos, la Dirección del Proyecto del Modelo de Madurez Organizacional (OPM3) (Fahrenkrog, 2003), (PMI, 2003) define tres factores que deben evaluarse, "gestión de la cartera", "programa de gestión" y "gestión de proyectos".

Enthoven (Enthoven, 2009) desea cambiar a un sistema que favorezca tanto la economía de los médicos como también a la economía de los pacientes, para ello debe tener un sistema de salud adecuado que siempre esté buscando la mejora en los procesos, aplicando metodologías de reingeniería de procesos, rediseñando los procesos internos para mejorar la calidad y eficiencia.

Según (Ross 2009), las técnicas de Ingeniería deben ser aplicadas en las actividades de salud para simplificar, automatizar y facilitar los procesos, en la realización de una gestión adecuada de Salud. Él presenta una metodología que es utilizado por el Instituto Informático de Salud Pública (PHII, 2006) se conoce como la Metodología de Desarrollo de Requerimientos Colaborativo, la cual toma énfasis en la Ingeniería de Procesos. Afirma que la consecución de los objetivos de mejora de la salud de la población requiere una comprensión de la naturaleza dinámica de la interacción entre los individuos, sus entornos y los proveedores de servicios de salud (Wallace, 2009).

Así mismo presenta un estudio de caso basado en la aplicación de la metodología propuesta en laboratorios de salud pública.

Ismail (Ismail+, 2010) presenta una metodología que integra el concepto de BSC y funciones de simulación de modelos para proporcionar una mejora racional y eficaz en el rendimiento de un departamento de emergencias (ED).

Su modelo propuesto realiza una simulación, recopilación de datos, realiza el modelado conceptual, toma las medidas y objetivos del departamento de emergencias y por última emite los resultados.

Ben (Ben, 2010) describe un marco detallado por el cual las organizaciones de salud pueden convertirse en una organización de alta fiabilidad a través de un enfoque integrado que combine Six Sigma y el modelado de procesos de negocio, aplicando la técnica de análisis de los modos y de los efectos de fallo (FMEA)

Sung (Sung+, 2010) afirma que los resultados de la simulación demuestran que los cambios propuestos pueden acortar los tiempos de espera del paciente en el proceso de atención de emergencia. Basándose en los resultados, los soportes de papel de la implementación de los cambios

propuestos, en consecuencia, implica la adición de otro puesto de pago y una nueva sala de corta estancia en el proceso.

2.3.2 BPM

Business Process Management (BPM), constituye un modelo que acompañada de tecnología permite gestionar de forma integral la organización, administrando mejor la carga de trabajo entre las diferentes áreas. Será el modelo de gestión que asegurará, al menos, la supervivencia de las organizaciones, por lo que la inquietud de los líderes de las organizaciones ya no se preguntará "si se deberá o no implementar", sino "cuándo" y "cómo" (Sepúlveda, 2012).

Según (Kolker, 2008) afirma que BPM se ha aplicado a procesos médicos, tales como los flujos de pacientes y vías clínicas. Por ejemplo, se ha aplicado para evaluar el efecto de la longitud de la estancia del paciente en un departamento de emergencia.

Leu afirma (Leu+, 2009) que se puede usar la metodología BPM para las entidades de salud que brindan asistencia médica, de tal forma que mejorará la calidad en la atención de los pacientes. La metodología BPM incluye la implementación de procesos de negocio, el modelado de procesos de negocio y automatización de procesos de negocio (Becker 2005).

2.3.3 Atención al paciente

La atención de los pacientes en un establecimiento de salud en forma general, está dividido en dos partes Regular y por Emergencias, la atención Regular es cuando un paciente ingresa para una atención que ha sido previamente separado para una cita y la de Emergencia cuando ingresa al establecimiento de salud sin tener una cita previa.
Se observan los procesos de Recepción del Paciente, el lugar de espera del paciente, selección de ficha, diagnóstico y tratamiento, el pago de la atención, análisis de laboratorio, recojo de la medicina y la programación de la próxima cita.

Según (Enthoven, 2009) en Estados Unidos de Norteamérica existe un déficit en el sistema de atención de los pacientes del sector salud, las personas deben saber cómo acceder a la atención, mediante seguros de salud del estado o privada. Existen problemas en los pagos a los médicos, algunos lo hacen por recibos por honorarios y otros por intermedio de los reembolsos que realizan las empresas aseguradoras que tienen convenios con las entidades de salud.

2.3.4 Cadena de Valor

El concepto de cadena de valor tiene su origen en la gestión empresarial. Constituye una respuesta a la exigencia de elevar la competitividad de la firma que le permita sobrevivir en un mundo cada vez más globalizado. En ese sentido: *Entendemos el concepto de cadena de valor* en *un contexto de cambios y transformaciones, donde el conocimiento y la capacidad de innovación* se *constituyen* en *las variables estratégicas para generar desarrollo económico integrado*, *y la necesidad de las empresas de optimizar sus estructuras de costos y sus capacidades de innovación productiva para mantener el posicionamiento competitivo* en *el mercado.* (Herrera, 2001)

2.3.5 Mejora Continua

La *mejora continua* es la parte de la gestión encargada de ajustar las actividades que desarrolla la organización para proporcionarles una mayor eficacia y/o una eficiencia.

Al analizar los procesos de la organización y sus posibilidades de mejora aparecen diferentes circunstancias:

a) El proceso tiene un nivel de funcionamiento muy deficiente, con deficiencias en muchos de sus aspectos y está muy alejado del cumplimiento de sus objetivos.
   Tratamiento: modificación en profundidad de su planteamiento y estructuración (Q.F.D., Reingeniería de procesos, etc.)

b) El proceso tiene un funcionamiento muy desestructurado,
   no se siguen procedimientos homogéneos entre las diferentes personas que lo llevan a cabo y no está en situación estabilizada y de control.
   Tratamiento: estabilización de las actividades y la fijación de elementos de control (técnicas de control).

c) El proceso tiene un funcionamiento deficiente y no alcanza alguno de sus objetivos de eficacia o de eficiencia, se desea por tanto mejorar alguna de sus prestaciones (mejorar el nivel de calidad del producto o del servicio, reducir los tiempos de ciclo, bajar los costes, etc.)
   Tratamiento: identificación de las causas que generan dichas deficiencias para pasar a su solución (herramientas de resolución de problemas).

Según Berwick (Berwick, 1990), la Mejora Continua en un proceso, resultó que para los médicos de Kaiser Permanente South San Francisco decidieran rediseñar un proceso de atención de ataques cardiacos al corazón, involucraron a todos los principales médicos, enfermeras, farmacéuticos, personal de gestión y de tecnología. Ellos estaban convencidos de que podían mejorar el proceso de entrega de esta atención y mejorar significativamente los resultados.

Este equipo multidisciplinario hizo un mapa de procesos para documentar los pasos y transferencias de las actividades, establecieron

objetivos basados en las normas nacionales y desarrollos de herramientas de medición y recolección de datos. Hoy en día, cada paciente recibe un tratamiento apropiado de medicamentos en menos de 30 minutos.

2.3.6 Ingeniería de Procesos

Existen muchas definiciones relacionadas con ingeniería de Procesos, Luis Cuatrecasas define un como un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, partiendo de uno o más inputs (entradas) los transforma, generando un output (resultado) (Cuatrecasas, 2017).

Según (Ross, 2009), las técnicas de Ingeniería deben ser aplicadas en las actividades de salud para simplificar, automatizar y facilitar los procesos, en la realización de una gestión adecuada de Salud. Él presenta una metodología que es utilizado por el Instituto Informático de Salud Pública (PHII, 2006) se conoce como la Metodología de Desarrollo de Requerimientos Colaborativo, la cual toma énfasis en la Ingeniería de Procesos. Afirma que la consecución de los objetivos de mejora de la salud de la población requiere una comprensión de la naturaleza dinámica de la interacción entre los individuos, sus entornos y los proveedores de servicios de salud (Wallace, 2009).

Así mismo presenta un estudio de caso basado en la aplicación de la metodología propuesta en laboratorios de salud pública.

2.3.7 Business Process Reengineering (BPR)

La Reingeniería de procesos de negocios, también conocida por sus siglas como BPR (Business Process Reengineering), en los años noventa se enfocó en la mejora de los procesos dentro de organizaciones de Estados Unidos y Europa. Hoy en día la BPR, se enfoca en crear procesos de negocios que unan a grupos de compañías. Según (Harmon 2003) fue a causa de que en muchas discusiones sobre los fracasos y la desconfianza que se empleó sobre el término “Business Process Reengineering”, llego a ser impopular a finales de los años noventa y ha caído en desuso. Como una alternativa, muchas compañías llegan a referirse a sus proyectos de procesos de negocios como “Business Process Improvement” o “Business Process Redesign”.

También (Harmon, 2003) opina que el rediseño de los procesos de negocio en 1990 se enfocaba sobre el mejoramiento de los procesos dentro de la empresa, hoy en día se enfoca a crear procesos de negocio que enlacen los procesos de otros grupos de empresas, que corresponden a un sistema de cadena de suministro, para organizar decenas de proveedores, transportistas, centros de producción y distribuidores, dentro de un solo proceso.

El *Diseño o Rediseño de procesos*, se refiere a un esfuerzo mayor, que es realizado para una mejora significante en un proceso existente o para la creación de un nuevo proceso. El rediseño de procesos considera todos los aspectos de un proceso y a menudo resulta en la secuencia en la que el proceso se lleva a cabo, en puestos de trabajo de los empleados y en la introducción de la automatización. Según (Harmon, 2003) señala que las estrategias, tales como la aplicación de la Reingeniería de procesos de negocios (BPR) y la Administración de la cadena de suministro (SCM) son utilizadas para el rediseño de procesos.

Bertolini (Bertolini, 2011) realizó un estudio con un área de neurocirugía de sala del Hospital de Parma, allí define las etapas de un BPR (Business Process Reengineering) aplicado al área. Definió los objetivos estratégicos, un levantamiento de un mapa de procesos, los procesos críticos, procesos aplicando la metodología AS IS, rediseño de procesos y nuevos procesos.

Bertolini (Bertolini, 2011) afirma que las herramientas de BPR soportan el "replaneamiento" de procesos de la empresa y los flujos de trabajo de gestión de sistemas son las aplicaciones de software que hacen posibles estos procesos rediseñados.

Bertolini (Bertolini, 2011) afirma que no se realiza a conciencia un estudio detallado para realizar BPR, se debe empezar a ver primero los objetivos estratégicos de la institución y elaborar un nuevo mapa de procesos que sería la representación de cómo trabaja la institución. De acuerdo con (Barjis, 2007) las principales causas de la alta tasa de fracaso de los proyectos de software siguen siendo por el pobre modelado de procesos.

2.3.8 Kaizen

Según (Massaaki, 1998), La palabra Kaizen proviene de la unión de dos vocablos japoneses: *KAI* que significa cambio y *ZEN* que quiere decir bondad.

La esencia del Kaizen es sencilla y directa: Kaizen significa mejoramiento. Más aún, significa mejoramiento progresivo, continuo, que involucra a todos en la organización –alta administración, gerentes y trabajadores-. Kaizen es asunto de todos. La filosofía Kaizen supone que nuestra forma de vida –sea nuestra vida en el trabajo, vida social o vida familiar- merece ser mejorada de manera constante. Todas las personas tienen un deseo instintivo de mejorarse.

Kaizen es un enfoque humanista, porque espera que todos participen en él. Está basado en la creencia de que todo ser humano puede contribuir a mejorar su lugar de trabajo, en donde pasa una tercera parte de su vida.

Kaizen es una estrategia dirigida al consumidor para el mejoramiento. Comienza comprendiendo las necesidades y expectativas del cliente para luego satisfacerlas y superarlas. Se supone que a la larga todas las actividades deben conducir a una mayor satisfacción del cliente.

Debemos entender que Kaizen es un camino, un medio, y no un objetivo en sí mismo, es una manera de hacer las cosas, una forma de gestionar la organización.

Típicamente en una compañía hay dos tipos de actividades, tenemos actividades que agregan valor, por el cual los clientes están dispuestos a pagar; y el resto es lo que llamamos muda o desperdicio, y es todo aquello que el cliente no paga. El Kaizen se basa en detectar y eliminar todas aquellas actividades que no agregan valor a la compañía.

El mensaje de la estrategia Kaizen es que no debe pasar un día sin que se haya hecho alguna clase de mejoramiento en algún lugar de la compañía. A los ingenieros de las plantas japonesas con frecuencia se les previene, "No habrá ningún progreso si ustedes continúan haciendo las cosas de la misma manera todo el tiempo".

El modelo Kaizen, según (Hassan, 2012) ofrece técnicas para mejorar los procesos en la atención de salud de los pacientes. Él afirma que se debe instruir a las enfermeras para lograr mejorar la atención en cinco pasos: El trabajo en equipo, la disciplina personal, mejora de la moral, los círculos de calidad y las sugerencias de mejora.

2.3.9 Modelo de Gestión de la Calidad total

La evolución de la calidad. Según (Rao 1996*),* dice que la calidad, inicialmente, en la Revolución Industrial, se relacionó con *acciones de inspección*, para comprobar la conformidad del producto con respecto a una norma determinada.
Posteriormente, la inspección dio paso al *control estadístico de la calidad*, extendiendo los métodos de control a todas las fases de la producción, con el objetivo de identificar las causas y la magnitud de la variabilidad para establecer métodos de corrección. Sin embargo, pronto se comprobó cómo el control estadístico de la calidad no siempre ayudaba a determinar las causas de la no-calidad y, desde luego, no mejoraba el producto, siendo necesario encontrar un método para prevenir la no-conformidad y aumentar de esta manera la productividad, es así como el enfoque cambio a la *detección a la*

prevención (Las normas europeas ISO de la serie 9000 responden a esta forma de entender la calidad)**.** Todo lo anterior, permitió que se desarrollara el concepto de *calidad total,* incorporándose poco a poco la calidad a cada una de las fases del proceso, y lógicamente, intentando implicar a todo el personal, y a las acciones de la función directiva de planificación, organización, coordinación, dirección y control, con el objetivo de lograr la excelencia.

Por su parte, en el sector servicios, la calidad paso a ser definida como la diferencia entre lo que el cliente espera o desea y lo que percibe, es así que la voz del cliente se incorpora como método para determinar el nivel de excelencia alcanzado, dando origen a la *calidad centrada en el cliente*, adicionándose este nuevo enfoque en el concepto de Calidad Total, motivando a las empresas a realizar un cambio en su cultura empresarial para reorientarla hacia sus clientes.

2.3.10 Modelo de Madurez aplicando CMMI

René Fitterer y Peter Rohner (Fitterer+, 2010) afirman que para tener un Networkability se debe elaborar la cadena de valor del cuidado de la salud, identificando las capacidades internas y externas de las organizaciones, colaborar entre ellos a nivel de los procesos de negocio y estructuras de las TIC (Wigand+ 1997) y constituye la capacidad de una organización para participar con eficacia y rapidez en las relaciones comerciales con los socios de negocio (Osterle+, 2001).
Para crear el modelo de madurez Networkability para los proveedores de cuidado de la salud, (Fitterer+, 2010) clasifica varios modelos, a continuación, se define algunos:

- Para Alineación de los negocios y TI se basa en grupos de estrategia de negocio y TI, organización de la infraestructura y procesos (Luftman, 1996).

- Para procesos de Gestión, se evalúa mediante BPM, para ver los factores de alineamiento estratégico, cultura organizacional, personas, gobierno, métodos, etc. (Rosemann, 2004).

- Para gestión de proyectos, la Dirección del Proyecto del Modelo de Madurez Organizacional (OPM3) (Fahrenkrog, 2003) (PMI, 2003) define tres factores que deben evaluarse, “gestión de la cartera”, “programa de gestión” y “gestión de proyectos”.

- Para alineamiento estratégico detalla factores como comunicaciones, socios de negocio, estrategia de gobierno (Luftman, 2000).

Los constructores identificados por (Gericke, 2006), son "documentación de procesos" y "procesos electrónicos", se consolidaron luego en grupos, como "Proceso de gestión". Luego de estas relaciones iniciales se ha establecido entre los grupos representar las interdependencias y construir un modelo de factores que influyen en networkability (ver Figura 2.21).

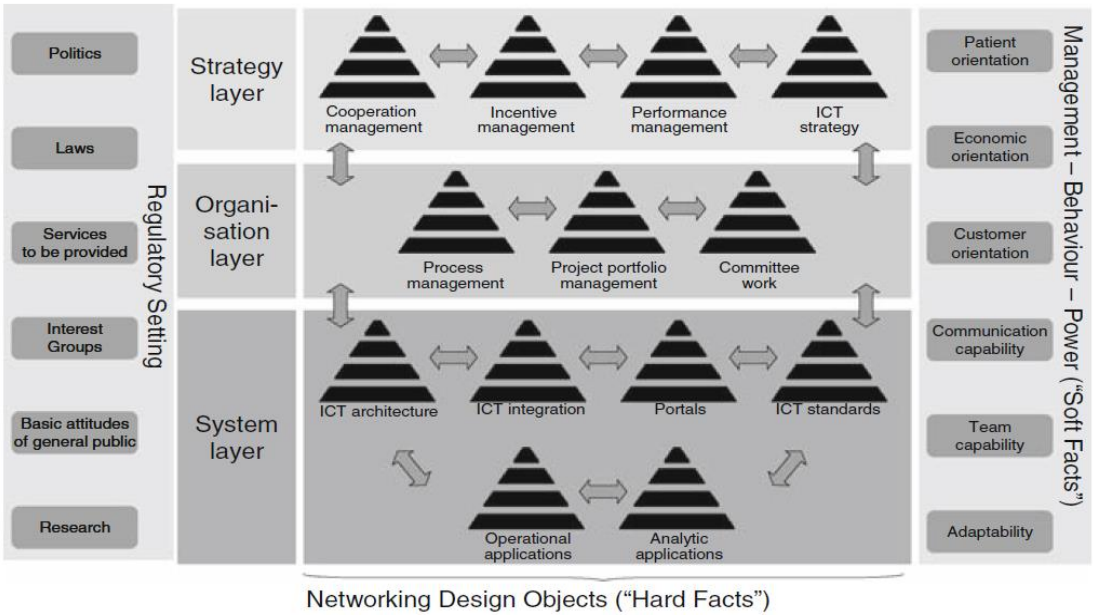


Figura 2.15 Factores que influyen en modelo networkability en un sector de salud (Mettler+ 2007)

Fitterer (Fitterer+ 2010) afirma que el modelo de madurez que se presenta tiene como objetivo proporcionar una hoja de ruta, abordando networkability desde una perspectiva de proceso (Paulk+ 1993a). Con el fin de explorar el potencial de este tipo de modelo de madurez networkability, se requiere un conocimiento experto para obtener la información necesaria sobre la aplicabilidad y utilidad de un modelo de madurez networkability en el cuidado de la salud. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue que los actores o personas influyentes puedan impulsar la aplicación de medidas para mejorar networkability, como el personal de gestión de la empresa, unidades médicas y personal de gestión de los departamentos de TI dentro de la atención de salud.

Crosby (Crosby 1979) define cinco etapas evolutivas de cómo una organización adopta prácticas de calidad que se basan en conceptos similares a los de (Gibson 1974), quien observó que la organización atraviesa distintas etapas en la adopción de tecnología. Estos forman la base de uno de los marcos más aceptados del proceso de madurez: Modelo de Capacidad de

Madurez de Software (SW-CMM) (Paulk+ 1993 a,b) y su sucesor el Capability Maturity Model Integration para el Desarrollo (CMMI 2006).

CMMI define cinco niveles de madurez para evaluar los logros de la organización de mejora de procesos. El CMMI se define principalmente al desarrollo de software y relación con los procesos, el modelo concreto no se puede aplicar directamente para el diseño de un modelo de madurez networkability. Sin embargo, los conceptos de CMMI son reutilizados en varios estados de los modelos de madurez que abordan temas no relacionados con la ingeniería de software (Curtis 2001); (Kwak 2002), son aplicables a las agrupaciones previamente descritas de networkability.

Los criterios de clasificación aplicados para un modelo de madurez networkability son:

- **Caracterización general:** Para lograr el rigor deseado en la ciencia del diseño, un requisito previo es una base sobre el conocimiento de alta calidad (Hevner 2004).
- **Aplicación:** El método para aplicar el modelo, pueden ser, híbridos o cuestionarios (Fraser 2002), y niveles de madurez.
- **Aplicabilidad:** En este grupo de criterios, respecto de la materia objeto del clúster o el objeto del diseño de networkability son descritos como la aplicabilidad industrial para el sector salud.

Fitterer (Fitterer+ 2010) afirma que se evaluaron 24 modelos de madurez para su aplicabilidad para la composición de un modelo de madurez networkability.

Una visión general de modelos de madurez clasificados por sus ámbitos de aplicación se muestra en la Tabla 5, que también identifica su grado de aplicabilidad a networkability descrito por los factores de influencia usando el método de “Harvey Balls”. Describe la clasificación de los modelos de madurez existentes en: Alineación de los Negocios-IT, Proceso de gestión, Gestión de Proyectos, Estrategia de Cooperación y Nivel del Sistema

Después crea los componentes del modelo de madurez networkability, que está compuesto por las siguientes capas: Estrategia, Organización y de Sistemas. (Mettler 2007). Ver figura 2.21

Scopes: maturity model	Business/IT alignment		Process management			Project portfolio management			Cooperation strategy			System level
Cluster of influencing factor Mettler et al. (2007)	Luftman (2000)	Renken (2004)	Rosemann and de Bruin (2004)	Melenovsky and Sinur (2006)	CMMI Product Team (2006)	Project Management Institute (2003)	Pennypacker (2005)	Kwak and Ibbs (2002)	Lockamy (2004)	Santanen et al. (2004)	Cain and Burton (2005)	The Department of Commerce—Enterprise IT Architecture Advisory Group (2003)
Cooperation mgmt.			◖			◖	◖		●	●	●	
Incentive mgmt.	●	●	●	●		◖	◖					
Performance mgmt.	●		◖	◖								
IT strategy	●	●			◖							
Process mgmt.			●	●		◖	◖	◖				
Project portfolio mgmt.			◖	◖		●	●	●				
Committee work												
IT architecture	◖	●	◖		●							●
IT integration	◖	●	◖									●
Portals	◖	◖										
IT standards	◖	◖			●							●
Operational applications	◖	◖	◖		●							●
Analytical applications	◖				●							●

Tabla 5 Factores que influencian en temas de networkability de modelos de madurez (Mettler+ 2007)

El modelo ha sido evaluado en un estudio que involucró a diferentes actores del sector de atención de salud de Suiza (Mettler 2007).

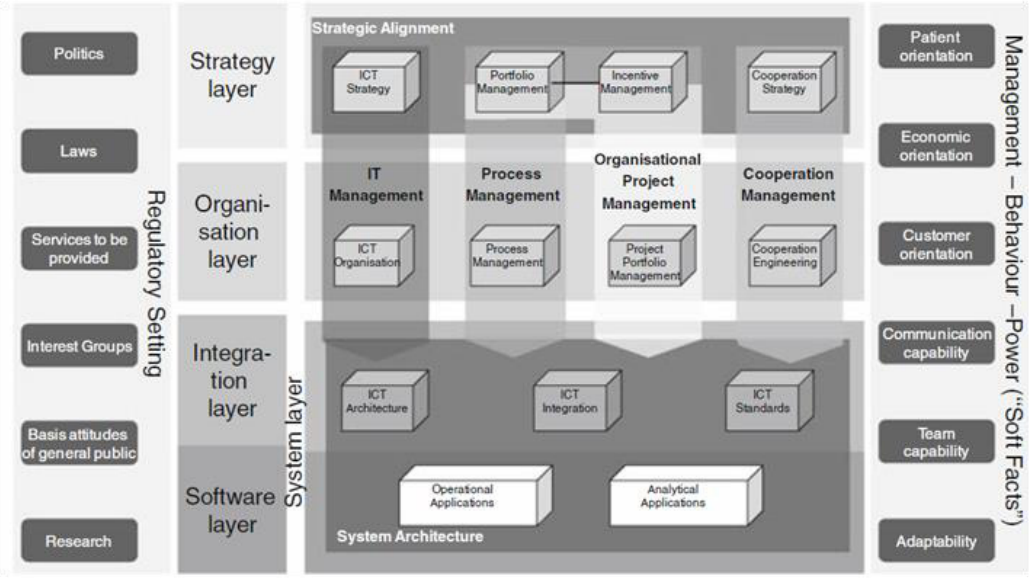


Figura 2.16 modelo de madurez Networkability para los proveedores de cuidado de la salud, (Mettler 2007)

2.3.11 Análisis ambiental

El análisis ambiental nos permitirá determinar los objetivos y resultados a lograr.

Para el análisis ambiental nos basamos en el método FODA para identificar las fortalezas, debilidades y amenazas.

2.3.11.1 Antecedentes

Este trabajo de investigación se realizó en las Micro redes de Salud San José, Juan Pablo, César López Silva y San Martín de Porres pertenecientes a la Dirección Lima Sur.

Asimismo, la visión, misión, objetivos y estrategias de las Micro Redes de Salud dependen de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

2.3.11.2 FODA

A continuación, detallamos el análisis FODA:

Fortalezas. -

- El personal médico está constituido por médicos, obstetrices, técnicos de enfermería, que acreditan título profesional.
- Atención médica a bajos costos
- Análisis de laboratorio a bajo costos
- Atención médica en diferentes especialidades

Debilidades. -

- Infraestructura física inadecuada
- Falta de mantenimiento de equipos médicos
- Equipos médicos deteriorados
- Deficiente suministro de medicamentos
- Bajo stock de medicamentos
- Deficiente atención administrativa a los pacientes
- Sala de espera que no ofrece comodidad a los pacientes
- Deficiente mantenimiento y carencia de suministros básicos.
- Insuficiente difusión y promoción de los servicios de especializados
- Resistencia al cambio por parte de personal administrativo por falta de capacitación y motivación

Amenazas. -

- Apertura de nuevos establecimientos privados de salud
- Centros de atención médica administrada por la municipalidad de Lima Metropolitana
- Farmacias que expenden medicamentos sin receta médica
- Comercio informal de medicamentos
- Bajos presupuestos del estado destinado a la salud pública

Oportunidades. -

- Demanda existente de atención médica
- Bajos costos de atención médica a los pacientes
- Acceso a las tecnologías de la información y telecomunicaciones (internet, teléfono, redes sociales, entre otros)
- Capacitación médica y administrativa por parte del estado

2.3.12 Planificación Estratégica

Las personas y las organizaciones deben planear, en todo el sentido de la palabra, ya sea planificar un nuevo proceso empresarial, determinar las mestas empresariales, o planear una fiesta, unas vacaciones. Toda institución diseña planes estratégicos para lograr sus objetivos y metas trazadas, los mismos que pueden ser de corto, mediano y largo plazo, depende de su tamaño para poder ejecutar las actividades de cada unidad operativa (Stoner 2007)

Es importante señalar que las instituciones deben precisar con exactitud y cuidado la misión que tendrá la institución, es fundamental, ya que representa las funciones operativas que serán ejecutadas en el mercado y las que suministrará a los consumidores.
En las tres últimas décadas se ha venido conformando con mayor exactitud el campo de la dirección estratégica precisándose que no constituye algo alejado o diferente a la dirección de empresa, sino que no es otra cosa que aquella parte de la dirección empresarial que tiene como objetivo principal, formular una estrategia y ponerla en práctica (Evoli 2006).

El concepto de estrategia se remonta del campo militar, apareciendo en lo económico y académico en 1944, introduciéndose en el management con las obras pioneras de Chandler (1962), Andrews (1962) y Ansoff (1976). Se plantea en el campo militar como para el management siendo básica la idea de competición, de actuación frente a las rivales para lograr objetivos determinados. (León 2008)

2.3.12.1 Misión y Visión

La misión de una organización es su finalidad específica, que la distingue de otra de su tipo. Siendo un concepto más limitado que el de propósito, la misión es la finalidad más amplia que una organización dada escoge para si misma. Muchos escritores emplean los términos propósito y misión indistintamente, pero diferenciar entre ellos ayuda a entender las metas organizacionales (Stoner 2007).

La misión de la DIRIS [2]LIMA SUR es la siguiente:

[2] Dirección de Redes Integradas Lima Sur

Implementa, ejecuta, controla y adecua las políticas de salud aplicándolas a la realidad sanitaria para facilitar la gestión de los servicios con equidad y transparencia, brindando una atención integral al usuario en forma efectiva en los diferentes niveles de atención con enfoque de red mediante un proceso de mejoramiento continuo de la calidad y del desarrollo del recurso humano para lograr una comunidad saludable.

La visión de la DIRIS LIMA SUR es la siguente:

La salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal, con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y la familia como unidad básica de salud y desarrollo de la sociedad, en una cultura de solidaridad, de vida y de salud, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.
(www.dirislimasur.gob.pe Dirección de Salud Lima Sur)

2.3.12.2 Objetivo

Un objetivo es un blanco que hay que alcanzar para que la organización cumpla sus metas. Por su misma naturaleza, los objetivos son más específicos que el planteamiento de la misión y viene a ser en realidad la traslación de éste a términos concretos que sirvan para medir los resultados. Se fijan varios objetivos como hitos en la ejecución de misiones y la persecución de metas. Por ejemplo, la firma electrónica podrá traducir su amplia declaración de misión en objetivos tan específicos como "llegar a ocupar un puesto entre los 10 principales abastecedores de semiconductores en términos de ventas brutas" o "aumentar los gastos en investigación y desarrollo". Desde luego, también se puede especificar objetivos para la sub unidades de una empresa. (Stoner 2007)

Objetivos de la Dirección de Redes Integradas de Lima Sur

a) *Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades; daños y condiciones que afecten la salud de a población, con énfasis en las prioridades nacionales.*
b) *Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud; centradas en la persona, familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.*

c) *Velar por la eficacia, seguridad y calidad de productos farmacéuticos; dispositivos médicos; productos sanitarios; la inocuidad de los alimentos y la calidad de agua de consumo humano.*
d) *Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la gestión pública.*
e) *Mejorar la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias y la disponibilidad equitativa en el país.*
f) *Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población a través del gobierno digital en salud.*
g) *Fortalecer las capacidades y la gestión de la generación, el análisis, el uso y la transferencia del conocimiento en salud.*
h) *Fortalecer la gestión del riesgo y defensa ante emergencias y desastres.*

2.3.12.3 Niveles de planificación

Ander Egg presenta la planificación como un sistema donde se articulan varios subsistemas. Estos se clasifican ordinalmente de acuerdo a la concreción y al alcance de cada uno (siendo inversamente proporcionales ambos conceptos).

En primer lugar, se encuentran los planes como la instancia más global, son el curso deseable que se desea seguir. Está constituido por los lineamientos políticos y las prioridades generales del planificador. En segundo lugar, los programas, como el conjunto organizado de proyectos, servicios o procesos, que responden a las metas, objetivos y estrategias del plan. En tercer lugar, se encuentran los proyectos, que son el conjunto de actividades concretas que cumplen la intención de prestar bienes y servicios específicos o resolver problemas puntuales. En cuarto lugar, se encuentran las actividades, definidas como la secuencia de acciones para el logro del objetivo específico de un proyecto, y las tareas o acciones, como la unidad mínima, la operación concreta y específica de una orden puntual. (Ander Egg 2016)

2.3.12.4 Tipos de Planificación

La planificación estratégica no es la única forma de actividad planificadora en una organización, aun cuando si es aquella en que el papel de la alta gerencia es más crítico. En los niveles inferiores se hace la llamada planificación operativa y programática que se concentran en las operaciones corrientes y tienen como finalidad principal la eficiencia y la efectividad.

Como la planificación estratégica suministra los lineamientos y límites para la administración operativa y programática los tres tipos de planificación se relacionan. Una administración efectiva tiene que tener una estrategia y además tiene que operar en el nivel cotidiano. (Stoner 2007)

Tipos de Planificación	¿Para qué sirve	¿Que se obtiene?
Estratégica	Exige a la organización precisar lo que quiere ser y hacer	Visión, Misión, Análisis FODA y objetivos estratégicos
Programática	Establecer las tácticas de cómo se obtendrán los objetivos estratégicos	Estrategias, tácticas, resultados e indicadores de impacto
Operativa	Establecer las actividades que se deben establecer a corto plazo	Actividades, tareas, responsables, costos, metas y cronograma

Tabla 6 Tipos de Planificación

Fuente: Rojas, P. La Planificación estratégica en salud. Informet. Perú. 2005

2.3.12.5 Formulación de objetivos estratégicos

Una vez que se ha definido la misión de la organización, que se han traducido en objetivos concretos y se han determinado los alcances de la misma, los gerentes están preparados para la siguiente etapa del proceso. El primer paso es la identificar los objetivos y estrategias actuales. (Stoner 2007). Existen cuatros enfoques fundamentalmente diferentes para plantea: ascendiente, el descendiente, una combinación de estos dos, y el enfoque en equipo.

En empresas muy pequeñas, el proceso para establecer un objetivo generalmente es descendiente, pero en la mayoría de las empresas grandes se emplea una combinación entre el ascendiente y descendiente o el enfoque en equipo En compañías pequeñas y en unidades comerciales estratégicas de grandes corporaciones este proceso se realiza frecuentemente mediante un esfuerzo en equipo.

En empresas más grandes y diversificadas, un modelo únicamente descendiente para establecer un objetivo sería inadecuadamente por dos razones: primero, la alta dirección no tiene los conocimientos suficientes acerca de todos los negocios con los que trata la compañía para establecer metas reales; segundo, el típico gerente de división resentiría si se le diera un objetivo sin que él tuviera la oportunidad de discutir su factibilidad (una razón práctica que explica su actitud es que el establecer objetivos es un proceso muy complejo que involucra todo tipo de intercambios simbólicos). Por el otro lado, existen pocos directores, si del todo, dispuestos a aceptar que se establezcan objetivos divisionales sin su revisión y su aprobación. Por estas razones, el procedimiento para establecer el objetivo en empresas más

grandes generalmente involucra la cooperación entre la alta dirección y los gerentes de divisiones.

2.3.12.6 Formulación de estrategias

Una vez realizados los análisis anteriores, se procede a la selección de una opción estratégica, que pueda responder adecuadamente a las externalidades presentes y determinadas en la auditoria estratégica externa, basándonos en las potencialidades internas determinadas en el análisis de la empresa; seguidamente se señalan diversas alternativas de estrategias a seguir, que están clasificadas en cinco categorías:

a) Estrategias de integración
b) Estrategias intensivas
c) Estrategias de diversificación
d) Estrategias defensivas
e) Estrategias genéricas de Porter (Tomaselli 2005)

Estrategias de integración

Como parte de esta categoría existen tres posibles acciones:

- Integración hacia delante. Tiene como propósito adquirir un mayor control o posesión de distribuidores o detallistas; un mecanismo utilizado son las franquicias.
- Integración hacia atrás. El propósito de esta estrategia es adquirir un mayor control o posesión de los proveedores.
- Integración horizontal. Esta estrategia persigue adquirir un mayor control o dominio de competidores, vía adquisición de estas empresas; con la misma se logra inmediatos e importantes aumentos de la capacidad instalada.

Estrategias intensivas

Este conjunto está conformado por tres tipos de acciones:

- Penetración de mercado. Trata de conseguir mayor participación en mercado para los productos o servicios presentes, por medio de un mayor esfuerzo de comercialización
- Desarrollo del mercado. Esta acción es conducente a introducir los productos o servicios presentes en nuevas zonas geográficas.
- Desarrollo del producto. Trata de aumentar ventas mejorando los productos o servicios presentes, a través de modificaciones significativas o de mejoras incrementales.

Estrategias de diversificación

En esta categoría se incluyen las siguientes estrategias:

- Diversificación concéntrica. Esta acción agrega productos o servicios nuevos pero relacionados a la presente cartera de productos.
- Diversificación conglomerada. Agrega productos o servicios nuevos, pero no relacionados a los presentes.
- Diversificación horizontal. Agrega productos o servicios nuevos, pero no relacionados a los presentes para los clientes presentes. (Tomaselli 2005)

Estrategias defensivas

Como parte de esta categoría existen tres posibles acciones:

- Encogimiento/ Recorte de gastos. Esta acción se implementa a través de procesos de reconversión empresarial que pretenden una reducción de tamaño (activos) y costos en la organización, para revertir una tendencia de disminución de ventas y utilidades.
- Enajenación. Esta opción estratégica conduce a vender una división o una parte de la organización, con el propósito de enfocarse en la competencia central de la empresa y destinar a esta los recursos de las ventas.
- Liquidación. Esta acción estratégica se orienta a vender todos los activos de una organización en forma total o por partes.

Estrategias genéricas de Porter

Este autor considera que existen tres estrategias organizacionales genéricas, que sobre bases distintas permiten a la organización lograr una ventaja competitiva:

- Liderazgo en costos. Esta estrategia conduce a la empresa a que toda su estructura y operaciones estén direccionadas al control rígido y a la reducción de costos; los requisitos demandados para implementar esta estrategia son: economías de escala, alcanzar una curva de aprendizaje, altos porcentajes de utilización de la capacidad instalada, mínimos desperdicios, procesos eficientes y sólidos vínculos con proveedores y distribuidores; su aplicación es excluyente con la estrategia genérica de diferenciación.
- De diferenciación. Esta estrategia tiene como objetivo principal ofertar productos o servicios altamente diferenciados, a través de alta calidad, altos niveles de desempeño, inigualables prestaciones; se dirige a segmentos no muy sensibles a los precios; los requisitos que una organización debe cumplir para optar por esta estrategia son: fuerte coordinación entre las funciones de investigación y desarrollo de productos y de comercialización, sistema de mediciones e incentivos subjetivos, poseer una fuerte motivación para allegarse trabajadores altamente capaces, científicos o creativos.
- De enfoque. Esta estrategia se enfoca en un segmento del mercado: a un grupo específico de compradores, a un segmento de la línea de productos, a un mercado geográfico. Con esta acción pretende obtener eficiencia y eficacia en operaciones; puede instrumentarse conjuntamente con una estrategia de diferenciación o de liderazgo en costos. (Tomaselli 2005)

Luego del análisis de las opciones estratégicas, se procede a realizar una preselección de tres o cuatro acciones; la selección final de la estrategia se realiza confrontando las opciones con los objetivos organizacionales, que serían los criterios para la selección de la o las opciones estratégicas a implementarse.

Una vez seleccionada la opción estratégica se procede a la operacionalización de la estrategia determinando los objetivos anuales, las estrategias funcionales y las políticas funcionales.

No se debe perder de vista además que para que la estrategia sea exitosa debe considerar seriamente atender y cubrir los intereses y las legítimas expectativas que tienen tres grupos humanos directamente involucrados: accionistas o propietarios, administradores o empleados; y, clientes o usuarios. (Tomaselli 2005)

Estrategias de Dirección de Redes Integradas de Lima Sur

a) *Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades; daños y condiciones que afecten la salud de a población, con énfasis en las prioridades nacionales.*
   - Vacunación completa en niñas y niños menores de 15 meses de edad y en niñas entre 9 y 13 años con coberturas óptimas.
   - Prevención y control de enfermedades transmisibles fortalecidos con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales
   - Vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria fortalecida.
   - Estrategia de Salud Sexual Reproductiva
   - A partir de año 2008 se considera gestante controlada a toda mujer con seis atenciones prenatales como mínimo durante el periodo de gestación. En el 2017 el porcentaje de gestantes controladas fue de 51.5% que equivales a 10,187 gestantes controladas.

b) *Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud; centradas en la persona, familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.*
   - Portabilidad del derecho al acceso a los servicios de salud efectiva.
   - Mecanismo de pago de prestaciones a los asegurados eficientes, oportunos y transparentes.
   - Redes integradas de salud implementadas progresivamente a nivel nacional.
   - Atención de urgencias y emergencias médicas eficiente y oportuna.

- Referencia y contrarreferencia eficiente y oportuna organizada en un sistema nacional.
- Sistema de suministro público de recursos de salud eficiente, oportuno y transparente.

c) *Velar por la eficacia, seguridad y calidad de productos farmacéuticos; dispositivos médicos; productos sanitarios; la inocuidad de los alimentos y la calidad de agua de consumo humano.*
   - Sistema de vigilancia integral para la prevención de daños a la salud de las personas y al medio ambiente por ek uso de productos farmacéuticos, dispositivos, medios y productos sanitarios implementados.
   - Sistema de vigilancia integral de la inocuidad de alimentos y la calidad del agua implementados.

d) *Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la gestión pública.*
   - Articulación intergubernamental, intersectorial y con la sociedad civil, fortalecida para implementación de las políticas nacionales, planes y normas técnicas de salud y para la gestión de contingencias/conflictos.
   - Gestión orientada a resultados al servicio de la población, con los procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.
   - Asignación y gestión del presupuesto público eficiente y orientado a resultados en el sistema de salud.
   - Participación activa del ministerio de salud en los organismos y espacios internacionales.
   - Sistema de control interno, plan de integridad y luca contra la corrupción fortalecido.

e) *Mejorar la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias y la disponibilidad equitativa en el país.*
   - Plan de dotación de recursos humanos en salud.
   - Acuerdos entre instituciones formadoras e instituciones prestadoras implementados.
   - Formación profesional y desarrollo de capacidades para la atención y gestión en salud, con énfasis en uso de TIC y entrenamiento especializado en epidemiología implementado.

f) *Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población a través del gobierno digital en salud.*
   - Mecanismos de generación de evidencias para toma de decisiones para prevención y control de las enfermedades implementados.

- Información de la historia clínica electrónica de usuarios en el sistema de salud disponible.
- Sistemas de información e infraestructura tecnológica del sector salud fortalecidos

g) *Fortalecer las capacidades y la gestión de la generación, el análisis, el uso y la transferencia del conocimiento en salud.*
   - Sistema de seguimiento y evaluación de planes programas e intervenciones en el sector salud implementado.
   - Repositorio único nacional de información en salud (REUNIS[3]) fortalecido.

h) *Fortalecer la gestión del riesgo y defensa ante emergencias y desastres*
   - Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud implementado
   - Capacitación en todos los procesos de Gestión del Riesgo ante desastres, basada en enfoque territorial y de priorización, desarrolladas en las unidades ejecutoras del sector salud.
   - Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y monitoreo de emergencias sanitarias y desastres conducido eficientemente con reporte a COE[4] Salud
   - Entrenamiento en habilidades para la prevención y reducción de la vulnerabilidad y aumento de la resiliencia de las comunidades organizadas frente al riesgo de desastres fortalecido.
   - Gestión y comunicación eficiente y oportuna al COE Salud de la información de casos de emergencia masivas y desastres fortalecidas.

2.3.12.7 Implementación de la estrategia

La implementación estratégica, en palabras simples, es el proceso que pone planes y estrategias en acción para alcanzar objetivos. Un plan estratégico es un documento escrito en el que se exponen los planes de negocio para alcanzar objetivos, pero quedará olvidado sin una implementación estratégica. La implementación hace que se cumplan los planes de la compañía.

La implementación estratégica es crítica en el éxito de una compañía, consignando quién, dónde, cuándo y cómo se obtendrán los objetivos y las metas deseadas. Se enfoca en toda la organización. La implementación ocurre

[3] Repositorio Único Nacional de Información en Salud

[4] Centro de Operaciones de Emergencia del Sector Salud

luego de estudiar las condiciones existentes, realizar análisis FODA e identificar problemas estratégicos y metas. La implementación involucra la asignación de tareas y líneas de tiempo a individuos que ayudarán a que la organización alcance sus metas.

2.3.12.8 Indicadores de la Dirección de Redes Integradas de Lima Sur

- La disponibilidad de hospitales del MINSA en la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Sur (DIRIS) es de 0.08 por 100,000 habitantes. El promedio nacional para este indicador es de 0.04.
- Los distritos urbanos más populosos (Chorrillos, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador) tienen en promedio una disponibilidad de centros de salud de 12 por 100,000 habitantes
- La extensión de uso de los servicios de salud de la población de la DIRES de Lima Sur fue de 26.1% para el año 2017, inferir en 2 puntos a lo observado en el 2016 y 2015 donde este indicador alcanza el 28%
- Se observa que en los distritos de Villa El Salvador, Pachacamac, Santiago de Surco y Villa María del Triunfo presentan una intensidad de uso (cuantas veces viene la persona a atenderse en un lapso de 1 año calendario) mayor a 6 (seis atenciones promedio por persona que acude al EESS)
- Indicador hospitalario, para este indicador se incluyen 18 EESS de I4 y I3 que atienden partos y tienen internamiento. El total de egresos por parto para el año 2017 fue de 6933 con un promedio de 19 partos por día, indicador superior al año 2016.
- E cuanto al rendimiento por cama, se observa que en promedio hay 4.2 egreso por cama al mes, con un promedio de permanencia de 1 día y con un intervalo de recambio de cama promedio de 6 días.
- La cobertura de afiliación de salud en la DIRIS Lima Sur para el año 2017 fue de 777781. Se observa que los distritos que alcanzaron mayor cantad de afiliados al SIS son VES, Villa María del Triunfo y Chorrillos que representan los dos tercios del total

2.3.12.9 Evaluación y control

El control administrativo es uno de los sistemas utilizados por los directivos de empresas para juzgar acciones tanto de la organización como un todo, como de las diversas partes que la componen. Es un sistema estructurado, con orientación cuantitativa, que define estándares de actuación, con el propósito de determinar en qué forma los diversos planes se llevaron a

cabo, la manera en que se obtienen o no los objetivos estratégicos y cómo se utilizan los recursos que están a disposición de la organización. Los parámetros establecidos por el sistema de control administrativo permiten hacer comparaciones entre las diversas unidades de la organización, establecer sistemas de estímulos que sean congruentes con el comportamiento que se desea y guiar la actividad en una dirección congruente con la misión y los objetivos que de ella se derivan. (Stoner 2005)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

En el desarrollo de esta investigación se usó el método científico, el cual según Mario Bunge (1997) busca cumplir información con hechos, la verdad está contenida en hechos, por tanto, la tarea primordial de la práctica científica radica en constatar con el fin de establecer posteriormente relaciones que permitan generalizar a niveles de mayor abstracción

Asimismo, usaremos la investigación no experimental-cuantitativa, por estar integrada por un conjunto de actividades metódicas y técnicas que se realizan para recabar la información y datos necesarios sobre el tema a investigar y el problema a resolver.

En presente capítulo presentaremos una Guía Metodológica, el cual sintetiza en 20 pasos necesarios que permitieron identificar estadísticamente los factores que influyen la gestión estratégica eficiente para mejorar los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador.

3.1 Tipo de la Investigación

El caso de estudio es una investigación cualitativa y cuantitativa de corte descriptiva con un diseño no experimental (implica correlación/causalidad) de tipo transversal; ya que se trata de un estudio donde el objetivo es conocer la percepción de los pacientes, médicos y personal administrativo sobre la atención en los establecimientos de salud de Villa El Salvador, asimismo, es transversal, porque la recolección de los datos se ha desarrollado en un periodo determinado.

El estudio está basado bajo los lineamientos de un muestreo aleatorio, es decir los investigadores no seleccionaron de forma arbitraria a los entrevistados

Para el desarrollo de la presente investigación se estimó conveniente seleccionar las siguientes unidades de información:

- Pacientes de los establecimientos de salud de Villa El Salvador.

- Médicos y Personal Administrativo de los establecimientos M.RSan José, Llanavilla, M.RJuan Pablo, Señor de los Milagros, M.RCésar López Silva y M.R San Martín de Porres.

3.1.1 Alcance de la guía metodológica

La guía metodológica consta de las siguientes partes:

- Se usó para identificar los factores que influyen en la gestión estratégica eficiente para mejorar los procesos en la atención de pacientes en cualquier establecimiento del Perú.
- Considerar que como el modelo de (Leu 2009), el éxito de la guía propuesta viene de la alta aceptación de los nuevos conceptos y la tecnología en el caso de los hospitales. Sin embargo, muchos hospitales pueden experimentar problemas de organización cuando son presentados nuevos conceptos y tecnologías que puede limitar la eficacia.

3.1.2 Descripción de la guía metodológica

La presente guía tuvo una implicancia práctica, debido que sintetiza en cinco partes la determinación de los factores que influyen la gestión estratégica eficiente para mejorar los procesos en la atención de pacientes. El pragmatismo de la *guía* pudo servir como una herramienta útil a las organizaciones de Salud que deseen identificar sus problemas de *procesos de atención.*

La guía usó el método de investigación cualitativa, desarrollado en las ciencias sociales, permitiendo al investigador estudiar un fenómeno social o cultural (Myers+ 1997) por medio de la utilización de alguna técnica de recolección de datos, como el uso cuestionarios; de allí que los últimos 60 años y en particular las tres décadas pasadas, las técnicas y estándares de investigación en el empleo de cuestionario han llegado a ser absolutamente científicas y exactas (Zikmund 2003).

El cuestionario se definió como una técnica de investigación en la cual la información fue obtenida de una muestra de personas, por medio del uso de una encuesta o entrevista y cuyos objetivos fueron identificar las características de un grupo en particular, medir actitudes y describir los patrones de conducta (Zikmund 2003) que fueron fáciles de predecir.

Los pasos de la guía iniciaron con la selección del departamento o área de Atención al Paciente que se evaluó, continuó con la descripción de los procesos, la técnica a emplear y luego la conformación del equipo de trabajo

multidisciplinario. Seguidamente se sugirió la selección de las áreas de la Gestión Estratégica como son la Gestión Administrativa, la Gestión de RRHH, la Gestión de Atención al Paciente los cuales coincidieron con las técnicas de evaluación. La selección de factores permitió la autoselección de las preguntas de investigación (hipótesis), las preguntas seleccionadas conformaron el cuestionario que finalmente fue utilizado para la ejecución de las encuestas piloto o definitiva, una vez efectuadas las encuestas, se procedió a procesar dicha información para finalmente obtener los resultados que permitieron validar las hipótesis planteadas.

3.1.3 Descripción Específica de la Guía Metodológica

La guía metodológica fue presentada en el flujograma siguiente de la Figura 2.17

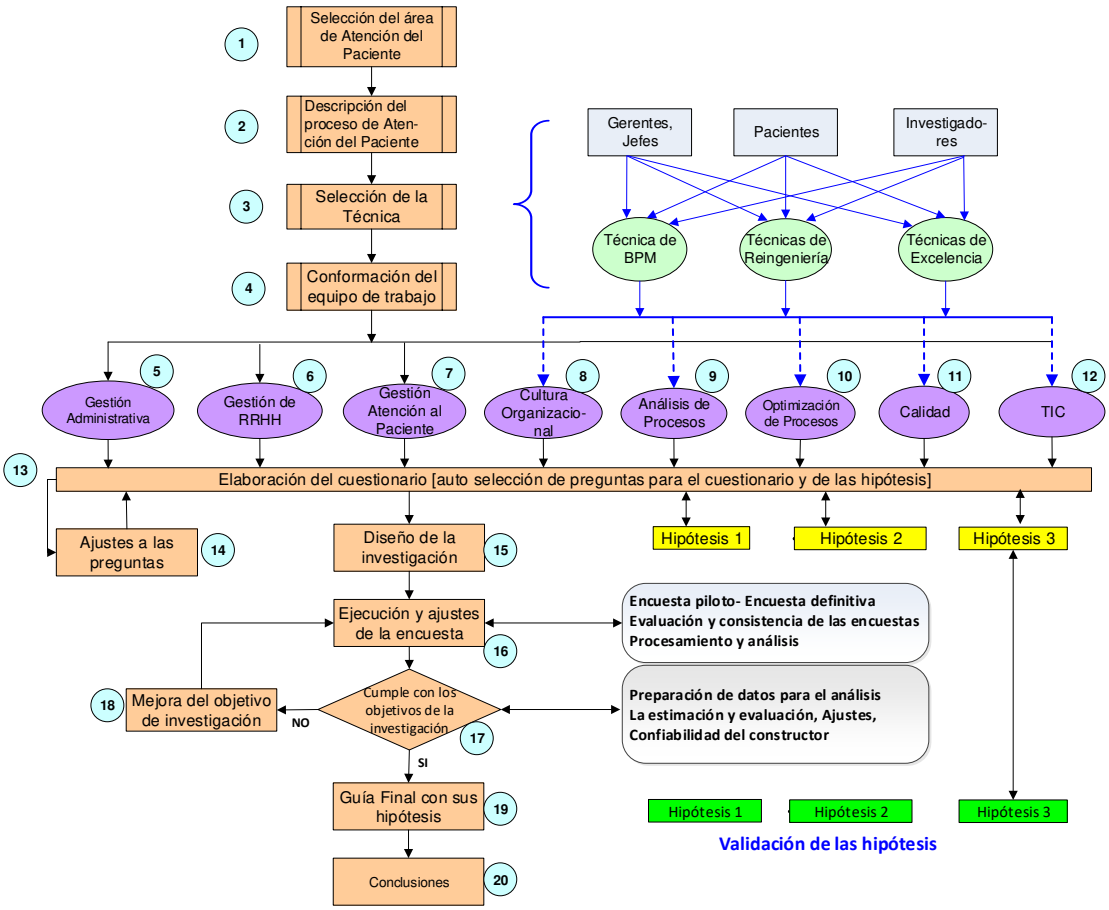


Figura 2.17 Flujograma para la implementación de la Guía Metodológica de los factores que influyen en la mejora de procesos en un establecimiento de salud

3.1.3.1 Selección del proceso de negocio interesado a ser evaluado

La selección de un proceso de negocio (paso 1) está orientado a los procesos de Atención de Pacientes en las entidades de Salud, como hemos observado en la figura 2.17 los procesos están orientados para la atención de emergencia o de conducto regular. Para probar nuestra guía debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Poder acceder a la institución que se desea estudiar.
- Conocer el proceso de atención del paciente.
- Identificar la problemática del proceso.
- Conocer la población aproximada que se desea estudiar.
- Tener pleno conocimiento del proceso de negocio.

Ejemplo:
Selección del proceso de *atención de los pacientes* de un establecimiento de salud de categoría I4 o mayor.

3.1.3.2 Descripción del proceso de Atención de Pacientes

En este punto se describió el proceso de Atención al Paciente (paso 2) en la entidad de salud escogida, puede abarcar un subproceso específico o varios procesos en sí.

Ejemplo:
Atención de pacientes en un área de emergencia de un establecimiento de salud de categoría I4 o mayor, se tiene que describir desde que ingresa el paciente hasta que es dado de alta.

3.1.3.3 Selección de la técnica de evaluación

Cabe precisar que están presentes las técnicas de evaluación (paso 3) como son BPM, Reingeniería y Excelencia, las cuales se ponen a disposición de los diversos profesionales, investigadores, jefes de cómputo, gerentes, especialistas, consultores, entre otros, interesados en evaluar los procesos de a*tención al paciente,* con la finalidad de determinar el grado de contribución de cada uno de los factores que influyen en la mejora de procesos.

3.1.3.3.1 Técnica de BPM

Se evaluó el modelo, la automatización, optimización de los procesos para incrementar la rentabilidad de un negocio y la innovación.

Ejemplo:
Si se mejora los procesos de e*ntrega de medicinas* en el área de Farmacia mejora el tiempo de espera de los pacientes.

3.1.3.3.2 Técnica de Reingeniería

Esta técnica sugirió una revisión fundamental de los procesos de negocio para alcanzar mejoras espectaculares en costes, calidad, servicio y rapidez.

Ejemplo:
En el Hospital and Clinic en Seattle USA, hubo un proceso de reingeniería que ayudó a bajar los costos de atención de los pacientes, en el caso concreto de los pacientes que tenían dolor de espalda que en forma rutinaria iban donde el médico y de allí eran derivados al fisioterapista médico. Los médicos reconsideraron este proceso y diseñaron un nuevo *protocolo*, en donde deberían iniciar el proceso con el fisioterapista (Pham+ 2007).

3.1.3.3.3 Técnicas de Excelencia

Para obtener una excelencia empresarial se tuvo en cuenta la calidad en el servicio, para ello el cliente o paciente apreció recibir un servicio que tengan las condiciones de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, garantía y empatía.

Ejemplo:
Para que una empresa de salud funcione con criterios de excelencia se debe cultivar en todos los ámbitos de la organización una cultura de *servicio al paciente* (Parasuraman+ 1988).

3.1.3.4 Conformación del equipo de trabajo

Se sugirió la conformación de un equipo de trabajo (paso 4) multidisciplinario, el cual, dado la presente *Guía*, estuvo conformado por:

- Un Investigador principal, el cual fue el jefe de Mejora de Procesos, Analista de Procesos o cualquier interesado en evaluar el desempeño de los procesos de la Institución.
- Un profesional estadístico para el procesamiento y apoyo en el análisis de la información, de preferencia con especialización en análisis multivariado.
- Encuestadores o personal de apoyo para el levantamiento de información.

Ejemplo:
El equipo estuvo conformado por:
Lic.Henry Infante Takey, el cual tuvo la función o rol de investigador principal.
Lic. José Girón, como estadístico para el análisis y proceso de la información.
Tres encuestadores presenciales como personal de apoyo.

3.1.3.4.1 Selección de Gestión Administrativa

Se seleccionó la Gestión Administrativa (paso 5), en dicha selección debimos tener presente las siguientes reglas:

Regla 1. Se debió seleccionar al menos dos procesos para que una Gestión Administrativa sea eficiente, la selección debe darse en conformidad con la percepción que su relevancia y pertinencia tengan en el proceso investigado, el cual debe estar debidamente justificado.

Ejemplo:

Se Seleccionó los siguientes constructores de Gestión Administrativa: Plan Estratégico y Políticas-Leyes.

A continuación, justificaremos cada uno de estos procesos seleccionados:

a) Plan Estratégico, se escogió debido que se desea determinar si para los empleados de una institución es necesario conocer el plan de la institución con el motivo de mejorar sus procesos.
b) Políticas y Leyes, debemos identificar cuánto influye en los procesos de atención de los pacientes.

Regla 2. Al seleccionar una Gestión (constructor), se debió relacionar con todos los procesos involucrados; salvo que se desea evaluar sólo algunos de estos constructores. Según esta definición, se elaborarán las preguntas de investigación que se sugiere sean tres (03).

Ejemplo:

Del ejemplo anterior de Plan Estratégico y Políticas-Leyes, seleccionaremos los siguientes procesos: ficha del paciente, médico atiende al paciente, médico diagnóstico y emite tratamiento.

Selección de la pregunta asociada al Gestión Administrativa

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Gestión Estratégica	¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?	Propia	Conductas, actitudes,
Gestión Estratégica	Existe alineamiento de la gestión de procesos con la estrategia empresarial	(Morris+ 2011)	Alineamiento estratégico
Gestión Estratégica	¿Cree que está adecuadamente vinculado y alineado en el logro de metas comunes de la institución?	Propia	Alineamiento estratégico

Gestión Estratégica	¿Conoce la visión y misión de su institución?	Propia	Visión y Misión

Tabla 7 Preguntas del constructor: Plan Estratégico

3.1.3.4.2 Selección de Gestión RRHH

A continuación, se seleccionó la Gestión de RRHH (paso 6), en dicha selección debemos tener presente la selección de los siguientes constructores: de Gestión RRHH: Personal Calificado y Motivación del Personal.

A continuación, se justificó cada uno de estos procesos seleccionados:

a) Personal Calificado, en gestión hospitalaria resulta fundamental la capacidad de gestión efectiva de los recursos humanos, para generar un buen clima organizacional y contar con funcionarios motivados, calificados y disponibles según los requerimientos institucionales.
b) Motivación del Personal, por otra parte, la mejora continua de los procesos requiere de personas motivadas y comprometidas, dispuestas a contribuir con su inteligencia y conocimiento al perfeccionamiento de los procesos en los que está involucrada.

Personal Calificado

Selección de la pregunta asociada al Gestión de RRHH

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Personal Calificado	¿El establecimiento garantiza y fomenta el acceso a programas de formación en salud?	(ACSNS 2009)	Capacitación
Personal Calificado	¿En el último año, ha realizado alguna actividad de formación en salud?	(ACSNS 2009)	Capacitación

Tabla 8 Preguntas del constructor: Personal Calificado

Motivación del Personal

Selección de la pregunta asociada al Gestión de RRHH

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Motivación del Personal	Información sobre el grado de consecución de los objetivos	(ACSNS 2009)	Motivación
Motivación del Personal	¿El centro de salud fomenta la Motivación?	(ACSNS 2009)	Motivación

Tabla 9 Preguntas del constructor: Motivación del Personal

3.1.3.4.3 Selección de Gestión Atención al Paciente

A continuación, se seleccionó la Gestión Atención al Paciente (paso 7), en dicha selección debemos tener presente la selección de los siguientes constructores de Gestión Atención del Paciente: Satisfacción del Paciente, Tiempo de Espera, Mejora en la dispensación de la medicina.

A continuación, se justificó cada uno de estos procesos seleccionados:

a) Satisfacción del Paciente, la satisfacción del paciente es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud (Briesacher 1997).
b) Tiempo de Espera, es importante porque se determina cuánto perjudica la espera de los pacientes en la atención.
c) Mejora en la dispensación de la medicina, es el constructor que mide si la entrega de las medicinas está entre el tiempo que debe esperar un paciente.
d) Infraestructura de Atención, es importante conocer si las instalaciones de los establecimientos de salud tienen adecuadas infraestructura para poder atender a los pacientes.

Satisfacción del paciente

Selección de la pregunta asociada al Gestión Atención al Paciente

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Satisfacción del Paciente	¿Cómo valora el trato y la amabilidad?	(ACSNS 2009)	Conductas, actitudes,
Satisfacción del Paciente	Información correcta sobre el tratamiento	(ACSNS 2009)	Conductas, Actitudes
Satisfacción del Paciente	Información sobre la continuidad de los cuidados	(ACSNS 2009)	Conductas, Actitudes

Tabla 10 Preguntas del constructor: Satisfacción del Paciente

Infraestructura de Atención

Selección de la pregunta asociada al Gestión Atención al Paciente

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Infraestructura de Atención	Accesibilidad física de los lugares por los que transita	(ACSNS 2009)	Seguridad
Infraestructura de Atención	Seguridad de entornos internos y externos	(ACSNS 2009)	Seguridad

Tabla 11 Preguntas del constructor: Infraestructura de Atención

Tiempo de espera

Selección de la pregunta asociada al Gestión Atención al Paciente

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Tiempo de espera	¿Espera mucho tiempo en la cola de elaboración de las facturas?	(Gutierrez 2009)	Tiempo de espera
Tiempo de espera	¿Espera mucho tiempo en sala espera antes de ser atendido por el médico?	Propia	Tiempo de espera

Tabla 12 Preguntas del constructor: Tiempo de espera

Mejora en la dispensación de la medicina

Selección de la pregunta asociada al Gestión Atención al Paciente

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Dispensación de la medicina	¿La entrega de las medicinas es rápida?	(Gutierrez 2009)	Tiempo de espera
Dispensación de la medicina	¿Le entregan toda la medicina que recetó el médico?	Propia	Abastecimiento de medicina
Dispensación de la medicina	¿Las medicinas entregadas están expiradas?	Propia	Abastecimiento de medicina

Tabla 13 Preguntas del constructor: Mejora en la dispensación de la medicina

3.1.3.4.4 Selección de Cultura Organizacional

Una cultura organizacional (paso 8) efectiva, es aquella que apoya las estrategias de la organización y además se adapta al contexto competitivo y, por lo tanto, le permite a la organización alcanzar la misión y los objetivos propuestos.

Una cultura organizacional adecuada es la que le permite a la organización lograr su misión, sus objetivos y metas, de tal manera que su teoría del negocio esté siempre sintonizada con el ambiente. Es decir, una cultura organizacional sana es aquella que sirve para alcanzar los objetivos personales y organizacionales, donde la motivación para el trabajo adecuado y eficiente surge de una profunda convicción en el sistema de valores forjados por todos los líderes y la comunidad organizacional.

Perspectiva del cambio social

Selección de la pregunta asociada a la Cultura Organizacional

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Perspectiva del cambio social	Usted como usuario, ¿tiene los conocimientos necesarios para la operación de una computadora?	(Medina 2005)	Idioma
Perspectiva del cambio social	Usted como usuario, ¿es fácil operar un sistema informático que le ayudará en sus actividades laborales?	Propia	Resistencia al cambio

Perspectiva del cambio social	Se siente usted muy comprometido con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de Sistemas de Información	(Villegas 2009)	Resistencia al cambio
Perspectiva del cambio social	¿Acepta la necesidad de realizar cambios modestos?	(Morris+ 2011)	Resistencia al cambio
Perspectiva del cambio social	¿Está preparado para cambios significativos?	(Morris+ 2011)	Resistencia al cambio
Perspectiva del cambio social	¿Adoptan los cambios como un proceso natural?	(Morris+ 2011)	Resistencia al cambio
Perspectiva del cambio social	¿Están preparados para cambios significativos en diferentes ámbitos?	(Morris+ 2011)	Resistencia al cambio

Tabla 14 Preguntas del constructor: Perspectiva del cambio social

Valoración del centro de trabajo

Selección de la pregunta asociada a la Cultura Organizacional

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Valoración del centro de trabajo	Usted se siente conforme con la cultura organizacional de su centro laboral	Propia	Cultura organizacional
Valoración del centro de trabajo	¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de laboral?	Propia	Cultura organizacional
Valoración del centro de trabajo	Cree que los stakeholders no transmiten la cultura organizacional de su institución	Propia	Cultura organizacional
Valoración del centro de trabajo	Ud. Conoce con precisión y claridad los objetivos organizacionales	(Delcore 2004)	Cultura organizacional

Tabla 15 Preguntas del constructor: Valoración del centro de trabajo

Valores

Selección de la pregunta asociada a la Cultura Organizacional

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Valores	¿Usted cree que sus valores no son compatibles con la cultura organizacional de su institución?	Propia	Valores de la persona
Valores	¿Cree Ud. que puede aportar en la cultura de su institución?	Propia	Valores de la persona
Valores	¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y sus comportamientos para cambio o transformación de su organización?	(Delcore 2004)	Valores de la persona

Tabla 16 Preguntas del constructor: Valores

3.1.3.4.5 Selección de Análisis de Procesos

El constructor de Selección de Análisis de Procesos (paso 9) es muy importante en la elaboración de nuestra guía, porque nos permitirá evaluar al personal técnico en el uso de herramienta de análisis de procesos.

Diagramas de Flujo

Selección de la pregunta asociada al Análisis de Procesos

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Diagramas de flujo	¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?	Propia	Diagramas
Diagramas de flujo	¿Los diagramas explican bien los procesos de su centro laboral?	Propia	Diagramas
Diagramas de Flujo	¿Participa en la elaboración del diagrama?	Propia	Diagramas
Diagramas de Flujo	¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?	Propia	Diagramas

Tabla 17 Preguntas del constructor: Diagrama de flujo

Análisis de procesos AS IS

Selección de la pregunta asociada al Análisis de Procesos

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Análisis de procesos AS IS	¿Ejecutan los procesos, pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?	(Morris+ 2011)	Conducta de los usuarios
Análisis de procesos AS IS	Ejecutan sus procesos y dan prioridad a su función particular	(Morris+ 2011)	Conducta de los usuarios
Análisis de procesos AS IS	Aseguran que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución	(Morris+ 2011)	Conducta de los usuarios

Tabla 18 Preguntas del constructor: Análisis de procesos AS IS

Identificación de Indicadores

Selección de la pregunta asociada al Análisis de Procesos

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Identificación de indicadores	No se cuenta con indicadores de medición para el desempeño de los procesos	(Morris+ 2011)	Indicadores
Identificación de indicadores	Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad	(Morris+ 2011)	Indicadores
Identificación de indicadores	Los indicadores del proceso, así como los indicadores entre procesos se alinean con las metas estratégicas de la institución	(Morris+ 2011)	Indicadores
Identificación de indicadores	Los indicadores son usados para medir el desempeño	(Morris+ 2011)	Uso de Indicadores
Identificación de indicadores	Los ejecutivos usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus empleados	(Morris+ 2011)	Uso de Indicadores
Identificación de indicadores	¿Los ejecutivos usan los indicadores para comparar y hacer “benchmarking” de su	(Morris+ 2011)	Uso de Indicadores

	desempeño con otras instituciones de salud para atender mejor las necesidades de los pacientes?		
Identificación de indicadores	¿Los ejecutivos usan y actualizan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos y los usan en el planeamiento estratégico de la institución?	(Morris+ 2011)	Uso de Indicadores

Tabla 19 Preguntas del constructor: Identificación de Indicadores

Mapa de procesos

Selección de la pregunta asociada al Análisis de Procesos

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Mapa de procesos	Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear, controlar el desempeño de sus procesos	(Morris+ 2011)	Sistema de gestión de procesos
Mapa de procesos	Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos	(Morris+ 2011)	Sistema de gestión de procesos
Mapa de Procesos	La alta gerencia conoce el concepto de gestión por proceso	(Morris+ 2011)	Gestión por procesos
Mapa de Procesos	¿La alta gerencia ve a la empresa en términos de proceso de negocio?	(Morris+ 2011)	Gestión por procesos
Mapa de Procesos	¿Todos los ejecutivos están alineados con el programa de procesos de la institución?	(Morris+ 2011)	Alineamiento con gestión por procesos
Mapa de Procesos	¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?	(Morris+ 2011)	Alineamiento con gestión por procesos

Tabla 20 Preguntas del constructor: Mapa de Procesos

3.1.3.4.6 Selección de Optimización de Procesos

El constructor Optimización de Procesos (paso 10) nos permitirá llegar a mejorar los procesos de la institución.

Análisis de procesos TO BE

Selección de la pregunta asociada a la Optimización de Procesos

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Análisis de procesos TO BE	Cómo dueño de un proceso ¿tiene poca influencia en la mejora del proceso?	(Morris+ 2011)	Influencia
Análisis de procesos TO BE	¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas del negocio?	(Morris+ 2011)	Conducta de los usuarios
Análisis de procesos TO BE	¿Las mejoras que haya sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?	Propia	Mejora de Procesos

Tabla 21 Preguntas del constructor: Análisis de procesos TO BE

3.1.3.4.7 Selección de la Calidad

El constructor Selección de Calidad (paso 11), se basa en (Ben 2010) para poder describir un marco detallado por el cual las organizaciones de salud pueden convertirse en organizaciones de alta fiabilidad a través de un enfoque integrado que combine Six Sigma y el modelado de procesos de negocio. Este marco integra diferentes técnicas y ofrece a los profesionales un conjunto de herramientas que les guiará a través de sus programas de mejoramiento.

Los pasos claves de este marco se resumen en cinco fases: Definir, Medir, Analizar, Mejorar y Controlar.

Calidad

Selección de la pregunta asociada a la Calidad

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
DMAIC	¿El analista tiene una técnica de definir el problema?	Propia	Definir
DMAIC	¿Realiza un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?	Propia	Medida
DMAIC	¿Usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?	Propia	Analizar
DMAIC	¿Propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?	Propia	Mejorar
DMAIC	¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?	Propia	Controlar

Tabla 22 Preguntas del constructor: Integración de Sistemas

3.1.3.4.8 Selección de TIC

Las posibilidades que las TIC (paso 12) ponen a disposición de la comunidad ayudan a una mejora de la calidad de vida de la misma y el bienestar de las personas, lo que ayuda también a disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos, optimización de la relación coste-beneficio, a la vez que favorecen su desarrollo y crecimiento.

TIC

Selección de la pregunta asociada las TIC

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Diseño de Sistemas de Información	El Sistema Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo.	(Medina 2005)	Usabilidad
Diseño de Sistemas de Información	Con el Sistema Informático, usted, hace mejor las cosas y actividades que en forma manual	(Medina 2005)	Relevancia
Diseño de Sistemas de Información	El Sistema Informático es fácil de aprender.	(Medina 2005)	Facilidad de aprendizaje.
Diseño de Sistemas de Información	Usted, recibió algún curso o taller para operar el sistema	(Medina 2005)	Facilidad de aprendizaje.
Diseño de Sistemas de Información	El Sistema Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. donde labora	(Medina 2005)	Capacidad de Respuesta
Diseño de Sistemas de Información	El Sistema Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución	(Medina 2005)	Requerimientos del usuario.
Diseño de Sistemas de Información	Lo involucraron en el diseño y ejecución del sistema informático	(Medina 2005)	Requerimientos del usuario.
Diseño de Sistemas de Información	El Sistema Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas	(Medina 2005)	Requerimientos del usuario.
Diseño de Sistemas de Información	El sistema es amigable (entendible, vistoso, sin colores “chillantes”,etc)	(Medina 2005)	Características del sistema / amigable.

Tabla 23 Preguntas del constructor: Diseño de Sistemas de Información

TIC

Selección de la pregunta asociada las TIC

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Arquitectura de Sistemas	¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, SW) adecuada para el desarrollo y operación del sistema?	(Medina 2005)	Tangibles (actualización de HW y SW)
Arquitectura de Sistemas	¿El Sistema Informático (SI) se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?	(Medina 2005)	Flexibilidad
Arquitectura de Sistemas	¿Usted cree que el SI es muy sofisticado?	(Villegas 2009)	Sofisticación
Arquitectura de Sistemas	¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?	(Medina 2005)	Recurso informático

Tabla 24 Preguntas del constructor: Arquitectura de Sistemas

TIC

Selección de la pregunta asociada las TIC

Constructor	Pregunta	Fuente	Influencia y características asociadas
Integración de Sistemas Informáticos	¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?	Propia	Integración
Integración de Sistemas Informáticos	¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?	Propia	Integración
Integración de Sistemas Informáticos	¿Las computadoras están entrelazadas para compartir la información?	(Medina 2005)	Recurso informático

Tabla 25 Preguntas del constructor: Integración de Sistemas

3.1.3.5 Armado y presentación del cuestionario

Seguidamente se ensambló el cuestionario (paso 13), fundamentado en la guía planteada.

Ejemplo:

Un caso de estudio pudiera seleccionar las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1 El Plan Estratégico está relacionado con el éxito de las Gestión Administrativa.

Hipótesis 2 En la Gestión de RRHH se debe incentivar a los trabajadores a la Innovación.

Hipótesis 3 Los Tiempos de Espera están relacionados con la Gestión de Atención al Paciente.

3.1.3.6 Ajuste a las preguntas

El paso (14) contempló revisar detenidamente las preguntas, particularizando, si fuera necesario, las preguntas a cada proceso de negocio evaluado.

Ejemplo:

Se presentó una de las preguntas referidas a cultura organizacional:

- Se siente usted muy comprometido con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de Sistemas de Información.
- Usted como usuario, ¿es fácil operar un sistema informático que le ayudará en sus actividades laborales?
- ¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de laboral?

3.1.3.7 Ejecución y Ajustes de la Encuesta

3.1.3.7.1 Juicio Experto

Una de las técnicas que se aplicó en el análisis de fiabilidad humana es la estimación de probabilidad de error humano por medio de ***juicios de expertos***. Se recurrió a ella para conocer la probabilidad de error humano, hay que considerar la influencia de muchos factores interdependientes que afectan a la respuesta de la persona; también se emplea cuando en las bases de datos no se encuentra puntos de referencia aplicables (Arquer 1996).

Disponer de una base de datos sobre errores humanos constituye un buen punto de partida, pero puede no ser suficiente y presentar vacíos informativos. Entonces, las opiniones o juicios de los expertos son una alternativa que combina las aproximaciones analíticas y los métodos de estimación subjetiva de probabilidades desarrollados conforme a las reglas de la teoría de la decisión.

Los expertos se pueden pronunciar sobre los índices de error que estiman para actividades que no estén contempladas en la base de datos que se tiene. También pueden ofrecer sus reflexiones acerca de la influencia de determinados factores sobre el comportamiento de las personas, para así reflejar adecuadamente las diferencias entre los valores que se tengan de una base de datos y la situación y sistema reales que se pretende estudiar.

En un estudio comparativo de diversas técnicas y métodos en el campo de la fiabilidad humana se califica el ***método de juicios de expertos*** como un método aceptable en la comunidad científica, de una elevada madurez y que proporciona estimaciones de precisión moderada. Su validez y su utilidad se califican entre moderadas y altas, método THERP (Technique for human error rate prediction) (CCPS 1994).

3.1.3.7.2 Encuesta Definitiva

Para aplicar la encuesta definitiva se procedió al análisis del juicio experto, Las observaciones y correcciones están en los anexos 4, 5 y 6.
Luego de las revisiones y correcciones por los ***juicios expertos*** se elaboró las encuestas definitivas que pueden ser observadas en los anexos 7, 8 y 9.

3.1.3.7.3 Evaluación y consistencia de las encuestas

Una vez obtenidos los resultados de la encuesta, se procedió a revisar los cuestionarios llenados y evaluar las inconsistencias presentadas en su correcto desarrollo, a continuación, puntualizamos algunas pautas de consistencia que usó el investigador:

- Las advertencias, que reflejan una aparente invalidez individual o inconsistencia de relaciones entre variables.
- La cantidad de preguntas respondidas por cada cuestionario, preguntas no contestadas consecutivamente, serán observadas.
- Serán observados los cuestionarios que tengan marcado la misma escala consecutivamente.
- Confiabilidad de la data a través de indicadores de dispersión.
- Conocer la existencia de asociaciones entre las variables de investigación.
- Determinar cuáles son los aspectos valorados por el público objetivo.

3.1.3.7.4 Procesamiento y Análisis

Una vez obtenidos los cuestionarios y efectuada su consistencia, se procedió al procesamiento y análisis, empleando las siguientes técnicas:

- Conocer si la data recogida es confiable para el análisis a través de indicadores de dispersión
- Determinar si la distribución de la data es simétrica o asimétrica
- Conocer la existencia de asociaciones entre las variables de investigación.

- Determinar si las variables estudiadas y las consideradas en la dimensión de compromiso (Satisfacción, Valores, Clima, Motivación) son adecuadas
- Determinar cuáles son los aspectos valorados por el público objetivo.
- Análisis descriptivo de la muestra este análisis incluye obtención de indicadores que miden:
  - Medidas de tendencia central (media, Mediana, Moda).
  - Medidas de asimetría (Fisher).
  - Medidas de curtosis.
  - Medidas de dispersión (Desviación Estándar y Coeficiente de Variación).
- Estos resultados de corte descriptiva nos permiten evaluar la calidad y consistencia de nuestra información recogida.

3.1.2 Diseño de la Investigación

El término diseño (paso 15) se refiere al plan concebido para obtener la información que se desea (Hernández+ 2006). En dicho sentido, la Guía Metodológica emplea un diseño no experimental, es decir, no hacemos variar de forma intencional las variables de interés del estudio, sino que se observó situaciones existentes tal como ocurre en su propia naturaleza.

No se construye ninguna situación, sino que se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación. La guía recomendó aplicar la recolección de datos en un sólo momento (Transversal) pudiéndose aplicar en investigaciones posteriores en diferentes momentos, convirtiéndose en longitudinales.

En conformidad con la/s perspectiva/s seleccionada/s, se procedió a delimitar la población que va ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados (Hernández+ 2006); se definió quienes serán las personas que estarán involucradas en el estudio, para lo cual se determinó:

- La población objetivo; se definió el conjunto de personas sobre las cuales se realizaron el estudio;
- Marco muestral (es la información que ubicó y dimensionó al universo);
- El informante;
- Diseño de muestra (No Probabilística);
- El tamaño de la muestra;
- El tipo de recolección de datos (encuestas personales).

3.3 Población de estudio

Para nuestra investigación se escogió la Micro Red del Centro Materno Infantil San José, la Micro Red Juan Pablo, la Micro Red Cesar López Silva y la Micro red San Martín de Porres, quienes están ubicados en el distrito de Villa El Salvador-Lima Sur, perteneciente a la Red Integrada de Villa El Salvador, el distrito tiene una

población aproximada de 434,000 habitantes (fuente Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales INEI).

3.4 Tamaño de la muestra

La muestra se realizó a los médicos, administrativos y pacientes de las Micro Redes San José, Juan Pablo, César López Silva, San Martín de Porres, los establecimientos de salud Llanavilla y Señor de los Milagros pertenecientes a la Red Integrada de Villa El Salvador.

La muestra seleccionada fue no probabilística, de corte por conveniencia tanto en la selección de las instituciones médicas y de los entrevistados.

El tamaño de muestra permite realizar análisis estadísticos a nivel total, para ello se trabajó con un tamaño de 52 médicos, 53 personas del área de administración y 181 pacientes.

Las restricciones con respecto a la información fueron:

- Los procesos de *atención al paciente* sólo relacionaron la atención regular y de emergencia de un establecimiento de salud. En los procesos de atención no se tomó en cuenta los pacientes que son referenciados de otras instituciones de salud, porque es un tema del Sistema Nacional de Salud.
- Los procesos de *atención al paciente* tomados en esta investigación no fueron orientados al sector privado.

3.5 Técnicas de recolección de datos

Se elaboró encuestas personales para el personal médico, administrativo y pacientes que pertenezcan al Centro de Salud.

Para aplicar la encuesta previamente se procedió al análisis del juicio experto.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo de resultado y discusión de la información se conformó previamente un equipo de trabajo (paso 4 de la guía) multidisciplinario, el cual, estuvo conformado por:

- Un Investigador principal, el cual fue el jefe de Mejora de Procesos, Analista de Procesos o cualquier interesado en evaluar el desempeño de los procesos de la Institución.
- Un profesional estadístico para el procesamiento y apoyo en el análisis de la información, de preferencia con especialización en análisis multivariado.

4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados

4.1.1 Análisis

El análisis fue descriptivo de la muestra, este incluyó la obtención de indicadores que midieron:

- Medidas de tendencia central (media, Mediana, Moda).
- Medidas de asimetría (Fisher).
- Medidas de curtosis.
- Medidas de dispersión (Desviación Estándar y Coeficiente de Variación).

Estos resultados de corte descriptiva nos permitieron evaluar la calidad y consistencia de nuestra información recogida

4.1.2 Interpretación y discusión de resultados

Se procedió a la preparación de los datos para el análisis, incluyendo la presentación de las variables exógenas, endógenas del trabajo.

Al observar el estadístico de dispersión, en particular el coeficiente de variación encontramos que las 17 variables en lo que respecta a los pacientes, tienen un indicador aceptable de dispersión menos a 30 puntos, lo que nos permite indicar que la data de estas variables es confiable**,** por tanto, su estadístico de tendencia central (median, Moda) debe ser aceptado para toma de decisiones. Ver tabla 25.

Respecto a la asimetría, debemos informar la mayoría de las variables del estudio son asimétricas a la izquierda, es decir las respuestas se orientan a la opción positiva para cada ítem evaluado.

Al observar el estadístico de dispersión, en particular el coeficiente de variación encontramos que 55 variables en estudio de las 69 variables en lo

que respecta a los médicos, tienen un indicador aceptable de dispersión menos a 30 puntos porcentuales lo que nos permite indicar que la data es confiable, por tanto, su estadístico de tendencia central (Moda) debe ser aceptado para posteriores análisis. Ver tablas 26, 27, 28, 29 y 30.

Al observar el estadístico de dispersión, en particular el coeficiente de variación encontramos que 64 variables en estudio de las 69 variables en lo que respecta a los administrativos, tienen un indicador aceptable de dispersión menor a 30 puntos porcentuales lo que nos permite indicar que la data es confiable, por tanto, su estadístico de tendencia central (Moda) debe ser aceptado para posteriores análisis. Ver tablas 31,32,33, 34 y 35

Con fines de trabajar con una información confiable, y que las variables de estudio sean válidas y consistentes para medir nuestras dimensiones, se empleó el estadístico denominado Alfa de Cronbach

4.1.2.1 Presentación de resultados de encuestas

	Pacientes - Respuestas (%)			Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
Preguntas	No	Un Poco	Si	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P7.1. ¿El personal de salud que lo atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud?	17.7	14.4	68.0	-1.07	-0.35	0.028	0.051
P7.2. ¿Considera que durante la cionsulta médica le hicieron un examen completo?	23.8	30.4	45.9	-0.40	-1.30	0.032	0.081
P7.3. ¿Si le dieron indicaciones en una receta ¿ Estan escritas en forma clara?	40.9	17.1	42.0	0.04	-1.80	0.037	0.087
P7.4. ¿Le han explicado los cuidados que debería realizar en su casa?	28.7	3.9	67.4	-0.80	-1.20	0.034	0.052
P7.5. ¿Las tarifas de atención del establecimiento de salud ¿están a su alcance?	19.3	17.7	63.0	-1.00	-0.80	0.029	0.057
P7.6. ¿Cómo califica el trato y la ambilidad del personal administrativo?	39.0	50.3	45.9	0.45	-0.52	0.014	0.081
P8.1. ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?	25.4	26.0	48.6	-0.50	-1.40	0.032	7.600
P8.2. ¿Le parece cómodos los ambientes del establecimiento de salud?	49.2	19.3	40.3	0.00	-1.80	0.037	9.000
P8.3. ¿Durante su consulta se respeta la privacidad?	33.1	8.8	58.0	-0.50	-1.60	0.035	6.300
P8.4. ¿El establecimiento se encuentra limpio?	17.7	35.4	47.0	-0.50	-1.00	0.028	7.900
P8.5. ¿Los lugares por lo que transita en el establecimiento de salud qué le parecio? (transpuesta)	0.0	46.4	53.6	0.10	-2.00	0.00	6.900
P9.1. ¿Esperó mucho tiempo en la cola para pagar la consulta o para sacar ticket de atención?	31.5	18.2	50.3	-0.40	-1.60	0.035	7.400
P9.2. ¿Espero mucho tiempo para sacar su historia clínica?	45.9	12.7	41.4	2.40	6.00	0.037	8.800
P9.3. ¿Espero mucho tiempo en la sala de espera antes de ser atendido por el médico o personal de salud?	20.4	29.3	50.3	-0.60	-1.20	0.030	7.400
P10.1. ¿Tenían toda la medicina que recetó el médico?	44.8	37.0	18.2	0.50	-1.10	0.037	15.700
P10.2. ¿Siente que el medicamento es de calidad?	49.2	20.4	30.4	0.40	-1.20	0.037	11.300
P10.3. ¿La compra de las medicinas es rápida?	19.9	26.0	54.1	-0.70	-1.10	0.030	6.800

Tabla 26 Resultado de encuestas análisis descriptivo de pacientes

Preguntas	Médico - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P1.1. ¿Existe Plan estratégico implementado en su institución?	63.5	0.0	15.4	21.2	-1.1	-0.4	6.7	10.5%
P1.2. ¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?	40.4	21.2	23.1	15.4	-0.4	-1.4	6.8	16.8%
P1.3. ¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?	21.2	32.7	7.7	38.5	0.0	-0.9	5.7	26.8%
P1.4. ¿Conoce la visión de su institución?	57.7	17.3	19.2	5.8	-1.0	-0.6	6.9	11.9%
P1.5. ¿Conoce la Misión de su institución?	59.6	7.7	26.9	5.8	-0.7	-1.4	6.8	11.4%
P2.1. ¿Su institución fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos al personal del área?	17.3	42.3	32.7	7.7	0.7	-0.3	5.2	30.3%
P2.2. ¿En el último año, ha realizado alguna actividad de capacitación en salud?	65.4	1.9	28.8	3.8	-0.7	-1.1	6.6	10.1%
P3.1. ¿Existe información sobre el logro de los objetivos estratégicos?	28.8	30.8	25.0	15.4	0.2	-1.1	6.3	21.8%
P3.2. ¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?	38.5	44.2	17.3		-0.3	-1.0	6.7	17.5%
P3.3. ¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?	21.2	57.7	21.2		0.0	-0.6	5.7	26.8%
P4.1. ¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?	57.7	19.2	23.1		-0.7	-1.2	6.9	11.9%
P4.2. ¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?	57.7	17.3	25.0		-0.7	-1.3	6.9	11.9%
P4.3. ¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?	55.8	19.2	19.2	5.8	-0.6	-0.7	6.9	12.3%
P4.4. ¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?	71.2	1.9	26.9		-1.0	-1.0	6.3	8.8%
P4.5. ¿Está preparado para cambios significativos?	71.2	5.8	23.1		-1.1	-0.6	6.3	8.8%
P4.6. ¿Adopta los cambios como un proceso natural?	71.2	1.9	26.9		-1.0	-1.0	6.3	8.8%
P4.7. ¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?	63.5	7.7	26.9	1.9	-0.7	-1.1	6.7	10.5%

Tabla 27 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos

Preguntas	Médico - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P5.1. ¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?	21.2	55.8	23.1		0.0	-0.7	5.7	26.8%
P5.2. ¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?		32.7	17.3		-0.6	-1.0	6.9	13.9%
P5.3. ¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?	23.1	48.1	25.0	3.8	0.4	-0.3	5.8	25.3%
P5.4. ¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?	9.6	80.8	9.6		0.0	2.6	4.1	42.5%
P6.1. ¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?	44.2	36.5	17.3		-0.4	-0.8	6.9	15.6%
P6.2. ¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?		13.5	17.3	1.9	-0.9	-0.2	6.7	10.5%
P6.3. ¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?		21.2	13.5	5.8	-1.0	0.0	6.7	10.5%
P7.1. ¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?		13.5	15.4	1.9	-0.7	-0.3	6.9	12.3%
P7.2. ¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?	26.9	59.6	9.6	15.4	0.4	0.4	6.2	22.8%
P7.3. ¿Participa en la elaboración del diagrama?	15.4	38.5	38.5	3.8	0.8	-0.2	5.0	32.5%
P7.4. ¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?		26.9	19.2	7.7	-0.4	-0.8	6.9	13.9%
P8.1. ¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?	40.4	42.3	15.4	3.8	-0.2	-0.7	6.8	16.8%
P8.2. ¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?	28.8	38.5	30.8	1.9	0.2	-1.0	6.3	21.8%
P8.3. ¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?	46.2	36.5	15.4	1.9	-0.4	-0.7	6.9	15.0%

Tabla 28 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos

Preguntas	Médico - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P9.1. ¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?		25.0	11.5	1.9	-0.8	0.0	6.8	11.4%
P9.2. ¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?		15.4	5.8	3.8	-0.8	1.1	6.7	10.5%
P9.3. ¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?		21.2	9.6	15.4	-0.5	-0.2	6.9	13.9%
P9.4. ¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?		5.8	17.3	19.2	-1.2	0.4	6.2	8.4%
P9.5. ¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?	36.5	25.0	28.8	3.8	0.1	-1.2	6.7	18.3%
P9.6. ¿Los médicos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes?	36.5	21.2	25.0	9.6	-0.1	-1.2	6.7	18.3%
P9.7. ¿Los médicos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?	34.6	23.1	30.8	17.3	0.1	-1.2	6.6	19.1%
P10.1. ¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?	13.5	0.0	57.7	11.5	0.9	-0.5	4.7	35.2%
P10.2. ¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?	23.1	0.0	57.7	28.8	0.7	-1.2	5.8	25.3%
P10.3. ¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?		23.1	9.6	19.2	-0.4	-0.3	6.9	13.9%
P10.4. ¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?	42.3	19.2	7.7	17.3	-0.6	-0.4	6.9	16.2%
P10.5. ¿Todos los médicos están alineados con el programa de procesos de la institución?	17.3	25.0	11.5	30.8	-0.5	-1.2	5.2	30.3%
P10.6. ¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?	15.4	38.5	7.7	46.2	-0.1	-1.4	5.0	32.5%

Tabla 29 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos

Preguntas	Médico - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P11.1. Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?	26.9	30.8	32.7	38.5	0.3	-1.0	6.2	22.8%
P11.2. ¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?	38.5	25.0	23.1	9.6	-0.1	-1.1	6.7	17.5%
P11.3. ¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?	17.3	40.4	26.9	13.5	0.5	-0.8	5.2	30.3%
P12.1. ¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?	15.4	13.5	9.6	61.5	-1.2	0.0	5.0	32.5%
P12.2. ¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?	13.5	17.3	19.2	50.0	-0.6	-1.3	4.7	35.2%
P12.3. ¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?	11.5	13.5	9.6	65.4	-1.2	0.1	4.4	38.4%
P12.4. ¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?	17.3	15.4	7.7	59.6	-1.1	-0.1	5.2	30.3%
P12.5. ¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?	17.3	15.4	3.8	63.5	-1.3	0.4	5.2	30.3%
P13.1. ¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?	36.5	13.5	17.3	32.7	-0.6	-0.9	6.7	18.3%
P13.2. Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?	48.1	30.8	19.2	1.9	-0.4	-0.9	6.9	14.4%
P13.3. ¿El Programa Informático es fácil de aprender?		19.2	15.4	11.5	-0.5	-0.4	6.9	12.8%
P13.4. ¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el Programa Informático?	26.9	13.5	42.3	17.3	0.3	-1.5	6.2	22.8%
P13.5. ¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Departamento donde labora?	30.8	13.5	26.9	28.8	-0.3	-1.4	6.4	20.8%
P13.6. ¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?	42.3	26.9	17.3	13.5	-0.2	-0.8	6.9	16.2%

Tabla 30 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos

Preguntas	Médico - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P13.7. ¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?	44.2	0.0	44.2	11.5	0.0	-1.9	6.9	15.6%
P13.8. ¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?	25.0	0.0	57.7	17.3	0.7	-1.3	6.0	24.0%
P13.9. ¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?	26.9	44.2	21.2	7.7	0.3	-0.5	6.2	22.8%
P13.10. ¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores "chillantes",etc.)?	23.1	57.7	9.6	9.6	0.6	0.2	5.8	25.3%
P14.1. ¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?	28.8	32.7	32.7	5.8	0.3	-0.9	6.3	21.8%
P14.2. ¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?		9.6	25.0	15.4	-0.4	-1.0	6.9	13.9%
P14.3. ¿Usted cree que el Programa Informático de salud es sofisticado?	15.4	28.8	26.9	28.8	0.1	-1.5	5.0	32.5%
P14.4. ¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?	21.2	30.8	44.2	3.8	0.7	-0.6	5.7	26.8%
P15.1. ¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?	44.2	5.8	15.4	34.6	-0.9	-0.2	6.9	15.6%
P15.2. ¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?	7.7	0.0	67.3	25.0	0.9	-1.2	3.7	48.0%
P15.3. ¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?		9.6	15.4	25.0	-0.7	-0.3	6.9	13.9%

Tabla 31 Resultados de encuestas análisis descriptivo médicos

Preguntas	Administrativos - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P1.1. ¿Existe Plan estratégico implementado en su institución?	45.3	0.0	11.3	43.4	-0.5	-0.7	6.8	15.1%
P1.2. ¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?	30.2	32.1	22.6	15.1	-0.3	-1.3	6.3	20.9%
P1.3. ¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?	15.1	32.1	34.0	18.9	0.2	-1.4	4.9	32.6%
P1.4. ¿Conoce la visión de su institución?	49.1	32.1	7.5	11.3	-1.1	0.2	6.9	14.0%
P1.5. ¿Conoce la Misión de su institución?	54.7	26.4	7.5	11.3	-1.2	0.3	6.8	12.5%
P2.1. ¿Su institución fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos al personal del área?	18.9	20.8	47.2	13.2	0.6	-1.0	5.4	28.5%
P2.2. ¿En el último año, ha realizado alguna actividad de capacitación en salud?		3.8	18.9	11.3	-0.9	-0.1	6.5	9.9%
P3.1. ¿Existe información sobre el logro de los objetivos estratégicos?	11.3	37.7	35.8	15.1	0.7	-0.7	4.4	38.4%
P3.2. ¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?	13.2	56.6	18.9	11.3	0.7	0.1	4.7	35.2%
P3.3. ¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?	24.5	47.2	17.0	11.3	0.4	-0.5	5.9	24.1%
P4.1. ¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?		9.4	22.6		-1.0	-0.8	6.4	9.4%
P4.2. ¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?		18.9	18.9	3.8	-0.7	-0.7	6.8	11.6%
P4.3. ¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?		13.2	22.6	3.8	-0.7	-0.9	6.7	11.1%
P4.4. ¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?		5.7	26.4		-0.9	-1.1	6.4	9.4%
P4.5. ¿Está preparado para cambios significativos?		11.3	18.9		-1.2	-0.4	6.3	9.0%
P4.6. ¿Adopta los cambios como un proceso natural?		7.5	18.9		-1.3	-0.1	6.1	8.2%
P4.7. ¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?		3.8	18.9		-1.5	0.2	5.7	7.4%

Tabla 32 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos

Preguntas	Administrativos - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P5.1. ¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?	22.6	60.4	13.2	3.8	0.4	0.5	5.7	25.4%
P5.2. ¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?		13.2	22.6		-0.9	-1.0	6.6	10.3%
P5.3. ¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?	22.6	60.4	13.2	3.8	0.4	0.5	5.7	25.4%
P5.4. ¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?	45.3	43.4	3.8	7.5	0.1	-0.2	6.8	15.1%
P6.1. ¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?	52.8	28.3	15.1	3.8	-0.5	-0.5	6.9	13.0%
P6.2. ¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?		0.0	26.4	11.3	-0.7	-0.9	6.7	10.7%
P6.3. ¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?		7.5	20.8	7.5	-0.8	-0.5	6.6	10.3%
P7.1. ¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?	43.4	39.6	13.2	3.8	-0.3	-0.5	6.8	15.7%
P7.2. ¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?	30.2	54.7	3.8	11.3	0.6	-0.2	6.3	20.9%
P7.3. ¿Participa en la elaboración del diagrama?	20.8	22.6	49.1	7.5	0.7	-0.7	5.6	26.8%
P7.4. ¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?	49.1	28.3	18.9	3.8	-0.4	-0.8	6.9	14.0%
P8.1. ¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?	30.2	39.6	26.4	3.8	0.2	-0.8	6.3	20.9%
P8.2. ¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?	26.4	34.0	20.8	18.9	0.1	-1.1	6.1	22.9%
P8.3. ¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?		28.3	11.3	7.5	-0.4	-0.3	6.9	13.0%

Tabla 33 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos

Preguntas	Administrativos - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P9.1. ¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?	43.4	41.5	11.3	3.8	-0.2	-0.4	6.8	15.7%
P9.2. ¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?	45.3	30.2	17.0	7.5	-0.3	-0.7	6.8	15.1%
P9.3. ¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?	37.7	22.6	11.3	28.3	-0.5	-0.7	6.7	17.6%
P9.4. ¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?		9.4	20.8		-1.1	-0.6	6.3	9.0%
P9.5. ¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?	28.3	49.1	22.6		-0.1	-1.0	6.2	21.9%
P9.6. ¿Los médicos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes?		7.5	34.0		-0.6	-1.6	6.8	11.6%
P9.7. ¿Los médicos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?	41.5	26.4	20.8	11.3	-0.2	-0.9	6.8	16.3%
P10.1. ¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?	20.8	0.0	49.1	30.2	0.5	-1.2	5.6	26.8%
P10.2. ¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?	24.5	0.0	50.9	24.5	0.5	-1.4	5.9	24.1%
P10.3. ¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?		9.4	9.4	7.5	-1.3	1.8	6.1	8.2%
P10.4. ¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?		9.4	13.2	9.4	-1.0	0.6	6.4	9.4%
P10.5. ¿Todos los médicos están alineados con el programa de procesos de la institución?	43.4	18.9	20.8	17.0	-0.3	-1.0	6.8	15.7%
P10.6. ¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?	26.4	22.6	17.0	34.0	-0.4	-1.2	6.1	22.9%

Tabla 34 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos

Preguntas	Administrativos - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P11.1. Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?	47.2	34.0	7.5	11.3	-0.2	-0.2	6.9	14.5%
P11.2. ¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?	45.3	39.6	11.3	3.8	-0.3	-0.4	6.8	15.1%
P11.3. ¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?	49.1	32.1	11.3	7.5	-0.4	-0.3	6.9	14.0%
P12.1. ¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?	43.4	7.5	20.8	28.3	-0.6	-0.9	6.8	15.7%
P12.2. ¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?	47.2	15.1	17.0	20.8	-0.5	-0.7	6.9	14.5%
P12.3. ¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?	20.8	5.7	20.8	52.8	-0.8	-0.9	5.6	26.8%
P12.4. ¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?	39.6	9.4	20.8	30.2	-0.5	-1.0	6.7	17.0%
P12.5. ¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?	24.5	34.0	13.2	28.3	-0.1	-1.2	5.9	24.1%
P13.1. ¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?	43.4	30.2	17.0	9.4	-0.2	-0.7	6.8	15.7%
P13.2. Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?	35.8	34.0	26.4	3.8	0.0	-1.1	6.6	18.4%
P13.3. ¿El Programa Informático es fácil de aprender?		24.5	18.9		-0.8	-1.0	6.8	12.0%
P13.4. ¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el Programa Informático?	15.1	5.7	60.4	18.9	0.7	-1.2	4.9	32.6%
P13.5. ¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Departamento donde labora?	20.8	17.0	47.2	15.1	0.5	-1.2	5.6	26.8%
P13.6. ¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?		15.1	20.8	11.3	-0.5	-0.8	6.9	13.0%

Tabla 35 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos

Preguntas	Administrativos - Respuestas (%)				Coef. Asimetria		Coef. Dispersión	
	Si	Un Poco	No	No Sabe	Fisher	Curtosis	Desv Std	Coef. Variación
P13.7. ¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?	32.1	0.0	47.2	20.8	0.3	-1.7	6.4	20.0%
P13.8. ¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?	34.0	0.0	64.2	1.9	0.6	-1.7	6.5	19.2%
P13.9. ¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?	26.4	32.1	35.8	5.7	0.4	-0.9	6.1	22.9%
P13.10. ¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores "chillantes",etc.)?	32.1	24.5	15.1	28.3	-0.3	-1.1	6.4	20.0%
P14.1. ¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?	30.2	15.1	50.9	3.8	0.5	-1.3	6.3	20.9%
P14.2. ¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?	39.6	0.0	24.5	35.8	-0.7	-1.0	6.7	17.0%
P14.3. ¿Usted cree que el Programa Informático de salud es sofisticado?	28.3	32.1	17.0	22.6	0.0	-1.1	6.2	21.9%
P14.4. ¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?	26.4	22.6	43.4	7.5	0.5	-1.1	6.1	22.9%
P15.1. ¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?	41.5	3.8	34.0	20.8	-0.3	-1.4	6.8	16.3%
P15.2. ¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?	15.1	7.5	62.3	15.1	0.9	-0.9	4.9	32.6%
P15.3. ¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?	43.4	13.2	32.1	11.3	-0.1	-1.4	6.8	15.7%

Tabla 36 Resultados de encuestas análisis descriptivo administrativos

4.2 Prueba de Hipótesis

El estudio de validación de nuestro instrumento de medición nos permitió detectar a través del estadístico Alpha de Cronbach que nuestras variables y dimensiones evaluadas fueron elegidas de forma adecuada, obteniendo valores superiores a 70 puntos, confirmando lo descrito en el análisis de Juicio de Expertos. Ver Anexo 11

El estudio a nivel general nos dio resultados confiables tal como se demostró en la validación de la información y en las encuestas realizadas a médicos, pacientes y administrativos.

Los análisis estadísticos de los resultados de la aplicación del instrumento final se efectuaron mediante el software estadístico SPSS versión 15, asimismo la elaboración de las tabulaciones se usó el la herramienta Excel para su mejor entendimiento y presentación.

A continuación, presentamos el cuadro obtenido de las correlaciones para los pacientes:

RESUMEN ESTADÍSTICO DE CORRELACIÓN SPEARMAN DE LAS DIMENSIONES DEL ESTUDIO VERSUS LA DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE			
SPEARMAN STATISTICS		DIMENSIÓN	CONCLUSIÓN
CORRELACIÓN	0.51	DIMENSIÓN: INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN	ES SIGNIFICATIVA
CORRELACIÓN	-0.09	DIMENSIÓN TIEMPO DE ESPERA	NO ES SIGNIFICATIVA
CORRELACIÓN	8.28	DIMENSIÓN DISPENSACIÓN EN LA MEDICINA	ES SIGNIFICATIVA

Tabla 37 Resumen Estadístico de Correlación de Spearman de dimensiones para pacientes

Este análisis nos permitió concluir que las dimensiones *Infraestructura de Atención y Dispensación en la medicina* inciden de forma directa en la satisfacción del paciente a nivel general.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos de las correlaciones para los ***médicos***:

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Compromiso	Nivel de Satisfacción	P3.2. ¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?	1
	Motivación	P3.3. ¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?	*0.664*
	Clima Laboral	P5.1. ¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?	*0.448*
	Valores	P6.1. ¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?	*0.618*
Gestión Administrativa y Financiera	Plan Estratégico	P1.3. ¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?	0.24
		P1.4. ¿Conoce la visión de su institución?	0.26
		P1.5. ¿Conoce la Misión de su institución?	0.52

Tabla 38 Coeficiente Spearman médicos (1)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Cultura Organizacional	Perspectiva al cambio	P4.1. ¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?	*0.46*
		P4.2. ¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?	*0.53*
		P4.3. ¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?	*0.28*
		P4.4. ¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?	*0.5*
		P4.5. ¿Está preparado para cambios significativos?	*0.48*
		P4.6. ¿Adopta los cambios como un proceso natural?	*0.5*
		P4.7. ¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?	*0.39*
Cultura Organizacional	Valorización del Centro de Trabajo(valores)	P5.3. ¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?	*0.53*
		P5.4. ¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?	*0.61*
	Valores	P6.2. ¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?	*0.38*
		P6.3. ¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?	*0.35*

Tabla 39 Coeficiente Spearman médicos (2)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Análisis de Procesos	Diagrama de Flujo	P7.2. ¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?	*0.46*
		P7.3. ¿Participa en la elaboración del diagrama?	*0.05*
		P7.4. ¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?	*0.16*
	Análisis de Procesos AS IS	P8.1. ¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?	*0.2*
		P8.2. ¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?	*0.16*
		P8.3. ¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?	*0.37*
	Identificación de Indicadores	P9.1. ¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?	*0.49*
		P9.2. ¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?	0.19
		P9.3. ¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?	0.07
		P9.4. ¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?	*0.43*
		P9.5. ¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?	*0.36*

Tabla 40 Coeficiente Spearman médicos (3)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Análisis de Procesos	Identificación de Indicadores	P9.6. ¿Los médicos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes?	0.22
		P9.7. ¿Los médicos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?	0.15
	Mapa de Procesos	P10.1. ¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?	*-0.42*
		P10.2. ¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?	*-0.28*
		P10.3. ¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?	0.14
		P10.4. ¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?	0.06
		P10.5. ¿Todos los médicos están alineados con el programa de procesos de la institución?	0.1
		P10.6. ¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?	0.1

Tabla 41 Coeficiente Spearman médicos (4)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Optimización de Procesos	Análisis TO BE	P11.1. Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?	0.13
		P11.2. ¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?	0.12
		P11.3. ¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?	*0.31*
Calidad	DMAIC	P12.1. ¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?	0.24
		P12.2. ¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?	0.08
		P12.3. ¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?	0.26
		P12.4. ¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?	*0.29*
		P12.5. ¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?	0.07

Tabla 42 Coeficiente Spearman médicos (5)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Diseño de Sistemas de Información	TIC	P13.1. ¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?	0.14
		P13.2. Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?	*0.32*
		P13.3. ¿El Programa Informático es fácil de aprender?	0.23
		P13.5. ¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Departamento donde labora?	0.39
		P13.6. ¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?	0.19
		P13.7. ¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?	0.03
		P13.8. ¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?	*-0.39*
		P13.9. ¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?	0.04
		P13.10. ¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores “chillantes”,etc.)?	0.11

Tabla 43 Coeficiente Spearman médicos (6)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA MÉDICOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Arquitectura de Sistemas	TIC	P14.1. ¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?	*0.32*
		P14.2. ¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?	*0.28*
		P14.4. ¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?	0.03
Integración de Sistemas Informáticos	TIC	P15.1. ¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?	*-0.32*
		P15.2. ¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?	*-0.58*
		P15.3. ¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?	-0.25

Tabla 44 Coeficiente Spearman médicos (7)

Este análisis nos permitió concluir que existe relación estadística significativa entre la dimensión denominada Compromiso y los constructores en evaluación.

A continuación, presentamos los resultados obtenido de las correlaciones para los **jefes administrativos**:

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
COMPROMISO	Nivel de Satisfacción	P3.2. ¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?	1
	Motivación	P3.3. ¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?	0.09
	Clima Laboral	P5.1. ¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?	*0.31*
Gestión Administrativa Financiera	Plan Estratégico	P1.2. ¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?	-0.07
		P1.3. ¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?	*0.35*
		P1.4. ¿Conoce la visión de su institución?	-0.17
		P1.5. ¿Conoce la Misión de su institución?	-0.22
Cultura Organizacional	Valorización del Centro de Trabajo(valores)	P5.3. ¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?	-0.14
		P5.4. ¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?	*0.35*

Tabla 45 Coeficiente Spearman administrativos (1)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	**DESCRIPCIÓN**	**PREGUNTA REALIZADA**	**SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN**
Cultura Organizacional	Perspectiva al cambio	P4.1. ¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?	-0.18
		P4.2. ¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?	*-0.41*
		P4.3. ¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?	*-0.33*
		P4.4. ¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?	-0.26
		P4.5. ¿Está preparado para cambios significativos?	-0.28
		P4.6. ¿Adopta los cambios como un proceso natural?	-0.16
		P4.7. ¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?	-0.2

Tabla 46 Coeficiente Spearman administrativos (2)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	**DESCRIPCIÓN**	**PREGUNTA REALIZADA**	**SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN**
Cultura Organizacional	Valores	P6.2. ¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?	-0.06
		P6.3. ¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?	-0.06
Análisis de Procesos	Diagramas de Flujo	P7.2. ¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?	0.21
		P7.3. ¿Participa en la elaboración del diagrama?	-0.26
		P7.4. ¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?	*-0.44*
Análisis de Procesos	Análisis de Procesos AS IS	P8.1. ¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?	0.01
		P8.3. ¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?	-0.11

Tabla 47 Coeficiente Spearman administrativos (3)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	**DESCRIPCIÓN**	**PREGUNTA REALIZADA**	**SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN**
Análisis de Procesos	Identificación de Indicadores	P9.1. ¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?	-0.19
		P9.2. ¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?	*-0.28*
		P9.3. ¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?	-0.08
		P9.4. ¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?	-0.24
		P9.5. ¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?	-0.16
		P9.6. ¿Los médicos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes?	-0.08
		P9.7. ¿Los médicos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?	-0.26

Tabla 48 Coeficiente Spearman administrativos (4)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Análisis de Procesos	Mapa de Procesos	P10.1. ¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?	*0.31*
		P10.2. ¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?	0.25
		P10.3. ¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?	0.09
		P10.4. ¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?	*0.53*
		P10.5. ¿Todos los médicos están alineados con el programa de procesos de la institución?	*0.56*
		P10.6. ¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?	*0.36*
Optimización de Procesos	Análisis TO BE	P11.1. Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?	0.22
		P11.2. ¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?	0.21
		P11.3. ¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?	*0.44*

Tabla 49 Coeficiente Spearman administrativos (5)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Calidad	DMAIC	P12.1. ¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?	*0.49*
		P12.2. ¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?	*0.42*
		P12.3. ¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?	0.18
		P12.4. ¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?	*0.43*
		P12.5. ¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?	*0.42*
Arquitectura de Sistemas	TIC	P14.1. ¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?	-0.25
		P14.2. ¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?	0.04
		P14.4. ¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?	*-0.39*

Tabla 50 Coeficiente Spearman administrativos (6)

RESULTADO DE COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA JEFES ADMINISTRATIVOS			
DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	PREGUNTA REALIZADA	SPEARMAN RESPECTO A NIVEL DE SATISFACCIÓN
Diseño de Sistemas de Información	TIC	P13.1. ¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?	0.1
		P13.2. Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?	0.19
		P13.3. ¿El Programa Informático es fácil de aprender?	-0.14
		P13.5. ¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Departamento donde labora?	-0.2
		P13.6. ¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?	-0.08
		P13.8. ¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?	0.12
		P13.9. ¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?	0.22
		P13.10. ¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores "chillantes",etc.)?	0.23
Integración de Sistemas Informáticos	TIC	P15.1. ¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?	0.06
		P15.2. ¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?	0.09
		P15.3. ¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?	-0.24

Tabla 51 Coeficiente Spearman administrativos (7)

Este análisis nos permitió concluir que existe relación estadística significativa entre la dimensión denominada Compromiso (Satisfacción del Entrevistado) y los constructores en evaluación.

RESUMEN - ESTADÍSTICO CORRELACIÓN SPEARMAN VARIABLES VÁLIDAS DEL ESTUDIO VERSUS LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN DEL PACIENTE			
SPEARMAN STATISTICS		VARIABLE	CONCLUSIÓN
CORRELACIÓN	0.57	RESPETO A LA PRIVACIDAD	ES SIGNIFICATIVA
CORRELACIÓN	0.36	PERCEPCION DE LIMPIEZA DE ESTABLECIMIENTO	ES SIGNIFICATIVA
CORRELACIÓN	-0.13	TIEMPO DE ESPERAR EN COLA O SACAR TICKET	NO ES SIGNIFICATIVA A UN ALPHA 5%
CORRELACIÓN	-0.02	TIEMPO DE ESPERA DE SER ATENDIDO POR MÉDICO	NO ES SIGNIFICATIVA
CORRELACIÓN	0.11	PERCEPCIÓN DE MEDICAMENTO DE CALIDAD	NO ES SIGNIFICATIVA
CORRELACIÓN	0.29	RAPIDEZ EN COMPRAR MEDICINAS	ES SIGNIFICATIVA

Tabla 52 Resumen Estadístico de Correlación de Spearman de variables válidas para pacientes

4.3 Presentación de resultados

El estudio de validación de nuestro instrumento de medición nos permitió detectar a través del estadístico Alpha de Cronbach que nuestras variables y dimensiones evaluadas han sido elegidas de forma adecuada, obteniendo valores superiores a 70 puntos, confirmando lo descrito en el análisis de Juicio de Expertos. A continuación, mostraremos la fiabilidad de la información el cual se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach según tabla anterior (Tabla 52).

RESUMEN ESTADISTICO ALPHA DE CRONBACH PARA PACIENTES				
ESTADISTICA DE CONFIABILIDAD		DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN
Alpha de Cronbach	0.712	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.701	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.773	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	TIEMPO DE ESPERA	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.350	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	DISPENSACIÓN DE LA MEDICINA	NO SIGNIFICATIVA

RESUMEN ESTADISTICO ALPHA DE CRONBACH PARA MÉDICOS				
ESTADISTICA DE CONFIABILIDAD		DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN
Alpha de Cronbach	0.832	COMPROMISO	NIVEL DE SATISFACCIÓN, MOTIVACIÓN	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.832	COMPROMISO	CLIMA LABORAL	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.960	CULTURA ORGANIZACIONAL	PERSPECTIVA AL CAMBIO	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.560	CULTURA ORGANIZACIONAL	VALORIZACIÓN DEL CENTRO LABORAL	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.754	ANÁLISIS DE PROCESOS	ANALISIS DE PROCESOS AS IS	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.716	ANÁLISIS DE PROCESOS	IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.873	OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS	ANÁLISIS TO BE	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.863	CALIDAD	DMAIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.766	DISEÑO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	TIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.618	ARQUITECTURA DE SISTEMAS	TIC	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.680	GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	PLAN ESTRATÉGICO	NO SIGNIFICATIVA

RESUMEN ESTADISTICO ALPHA DE CRONBACH PARA ADMINISTRATIVOS				
ESTADISTICA DE CONFIABILIDAD		DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN
Alpha de Cronbach	0.630	COMPROMISO	NIVEL DE SATISFACCIÓN, MOTIVACIÓN	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.630	COMPROMISO	CLIMA LABORAL	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.960	CULTURA ORGANIZACIONAL	PERSPECTIVA AL CAMBIO	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.290	CULTURA ORGANIZACIONAL	VALORIZACIÓN DEL CENTRO LABORAL	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.320	ANÁLISIS DE PROCESOS	ANALISIS DE PROCESOS AS IS	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.850	ANÁLISIS DE PROCESOS	IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.873	OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS	ANÁLISIS TO BE	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.935	CALIDAD	DMAIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.740	DISEÑO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	TIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.240	ARQUITECTURA DE SISTEMAS	TIC	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.774	GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	PLAN ESTRATÉGICO	ES SIGNIFICATIVA

Tabla 53 Fiabilidad con el coeficiente Alpha de Cronbach

Según el análisis realizado se observó que un 72% de los Médicos tienen conocimiento que existe un plan estratégico, un 21% no sabe y un 7% dice que no existe. Dentro del Plan Estratégico se definieron los objetivos y las mejores acciones que deben llevarse a cabo, de tal forma que la gestión del centro sea transparente, que las políticas a seguir sean concretas y permiten evaluar el cumplimiento de las metas. Por tal motivo el personal que tiene la función de gestionar deben conocerlo. Ver Gráfico 1.

Un 36% de los Médicos fueron capacitados el último año, se recomendó que haya un número mayor de médicos capacitados, Gráfico 2

Se observó que el 50% de los médicos se sintieron poco motivados para desempeñarse en su centro, sólo el 14% se sintieron bien motivados en el centro laboral. Ver Gráfico 3

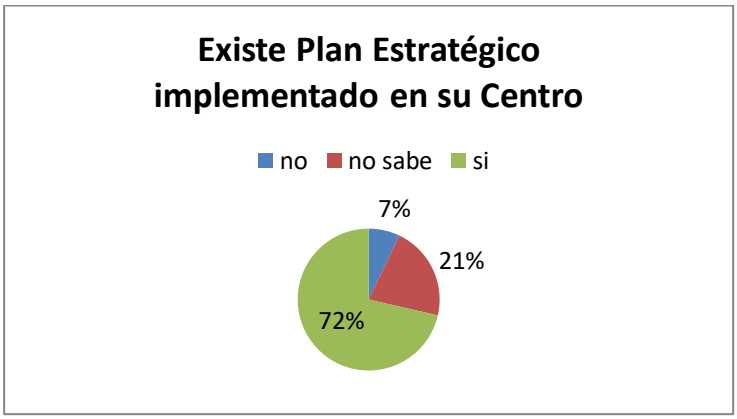


Gráfico 1 Plan Estratégico

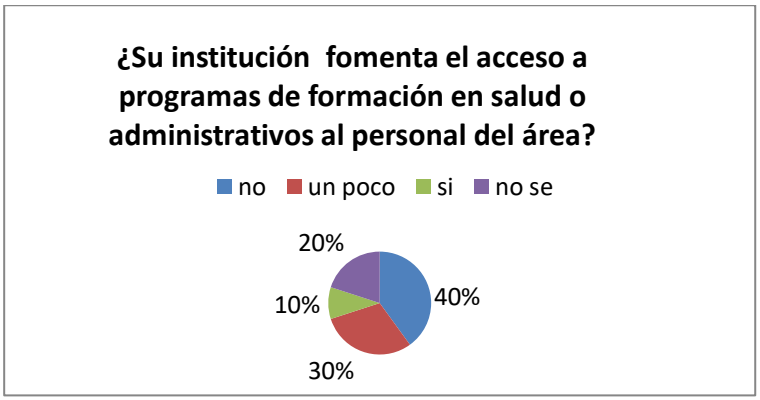


Gráfico 2 Fomento de Programas de formación



Gráfico 3 Satisfacción y motivación

En el aspecto tecnológico, se observó un déficit de conocimientos para el manejo de la computadora, el 64% dice que tiene muy pocos conocimientos para el manejo de la computadora, sólo el 14% manifiesta que si tiene los conocimientos necesarios. Ver Gráfico 4

Con respecto a la cultura organizacional, el 64% se manifestó que se sienten poco a gusto, un 29% que no se sienten a gusto y sólo un 7% dijo sentirse a gusto con la cultura organizacional de su centro. Asimismo, El 86% manifestó que conoce los objetivos organizacionales de la institución. Ver Gráfico 5.



Gráfico 4 Fomento de Programas de formación

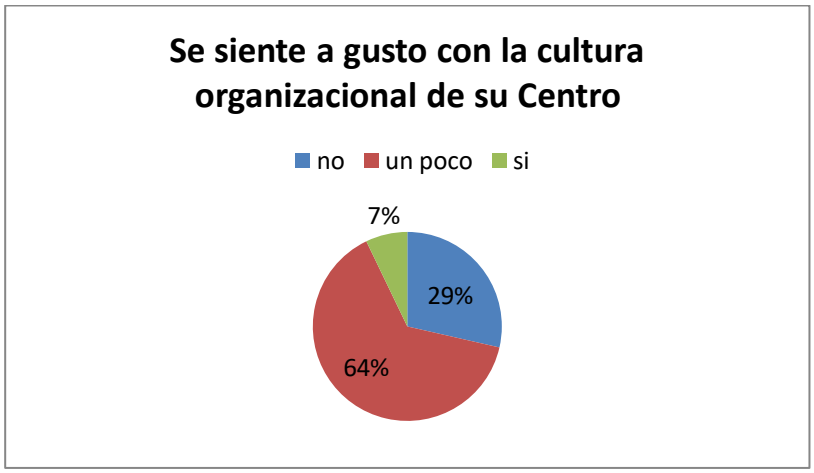


Gráfico 5 Cultura Organizacional del centro laboral



Gráfico 6 Objetivos organizacionales

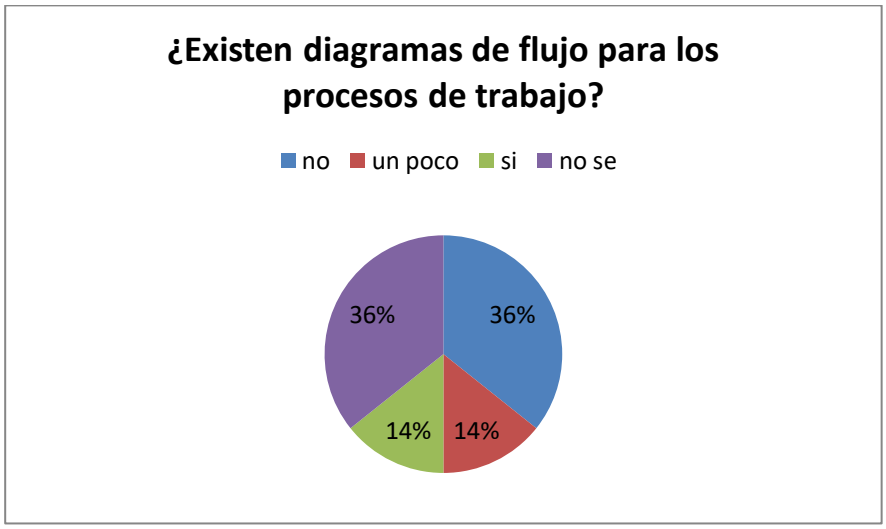


Gráfico 7 Diagrama en los Procesos de trabajo

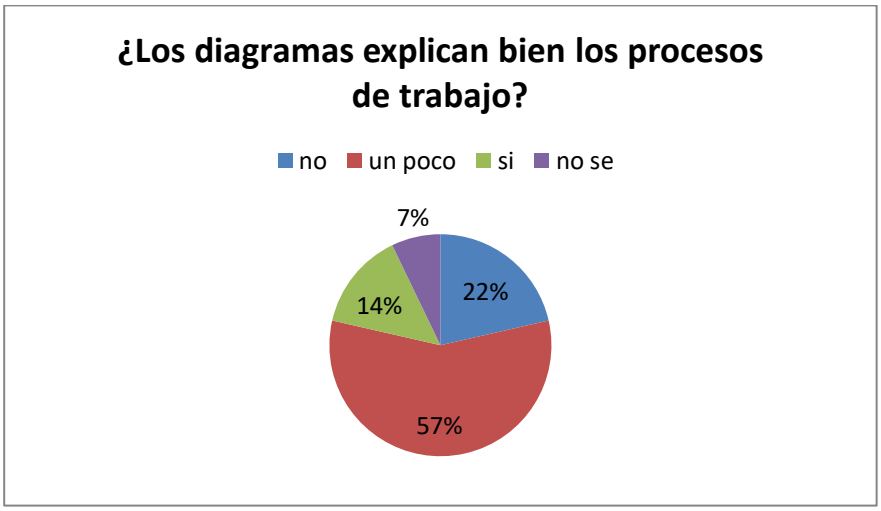


Gráfico 8 Explicación de los diagramas de Procesos de trabajo

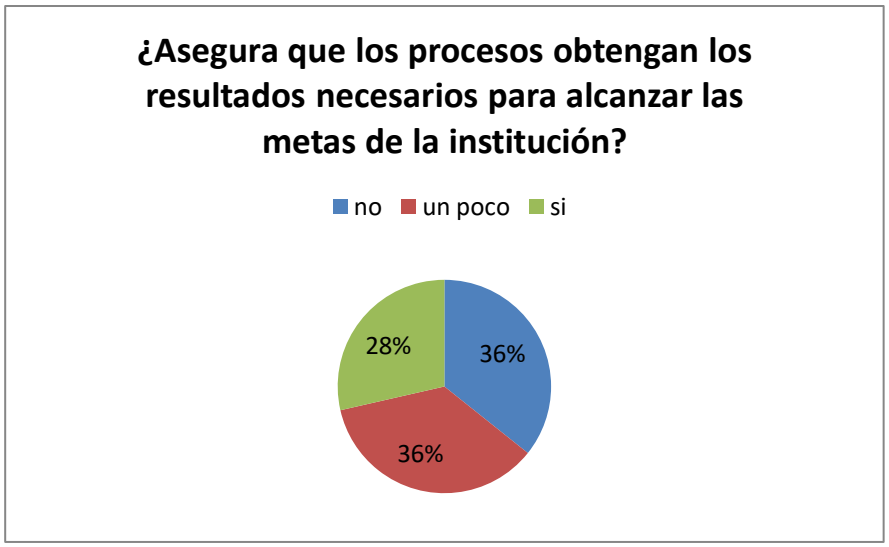


Gráfico 9 Diagramas de Procesos alcanza las metas institucionales

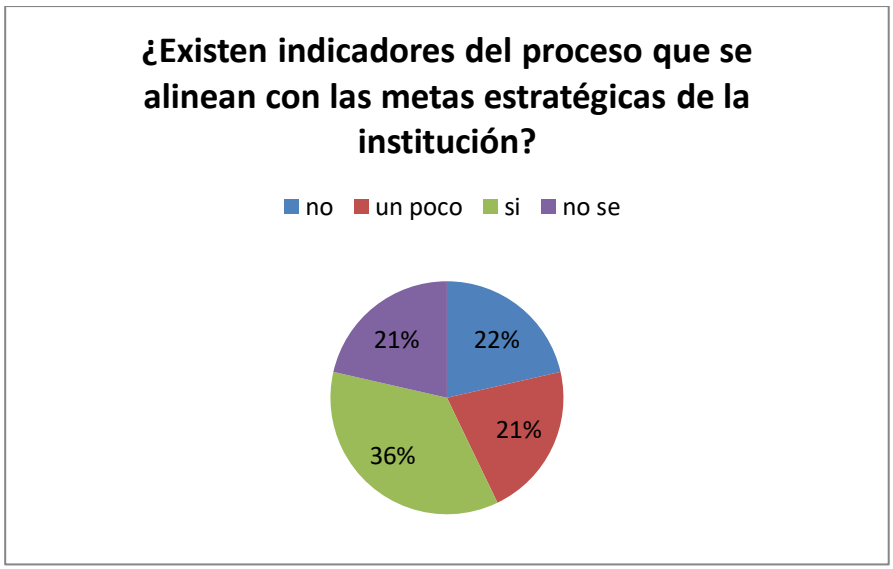


Gráfico 10 Indicadores de Procesos alcanza las metas institucionales

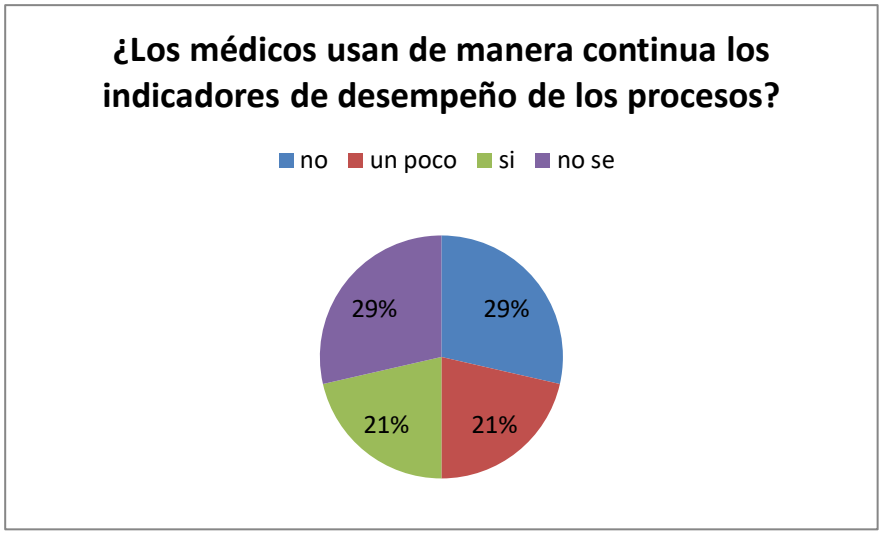


Gráfico 11 Médicos usan los Indicadores de Procesos

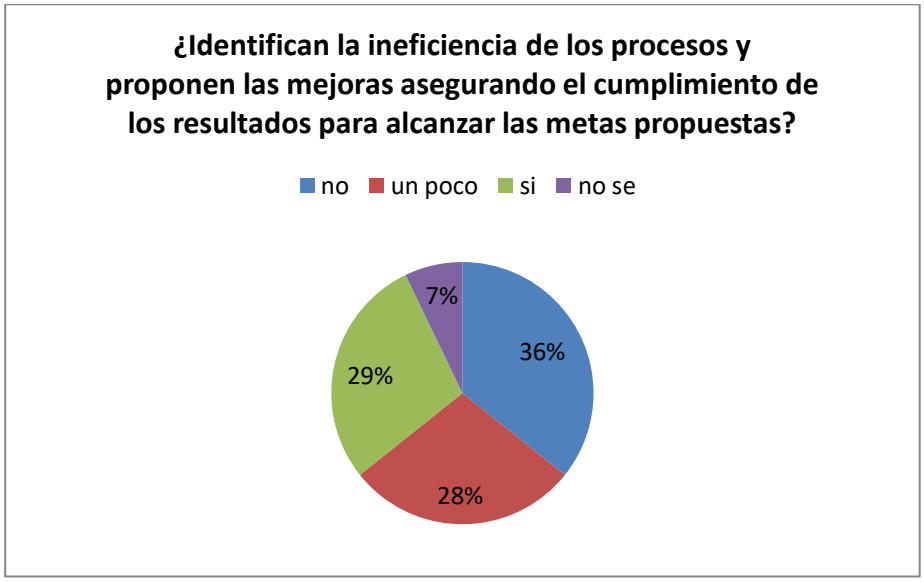


Gráfico 12 Identificación de eficiencia en los Procesos

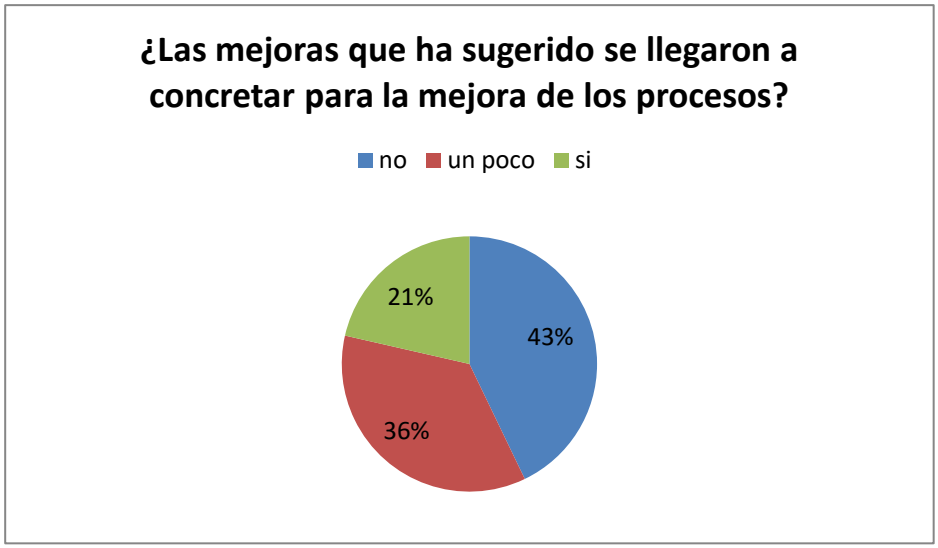


Gráfico 13 Mejoras en los Procesos



Gráfico 14 Programas informáticos ayuda en el trabajo diario

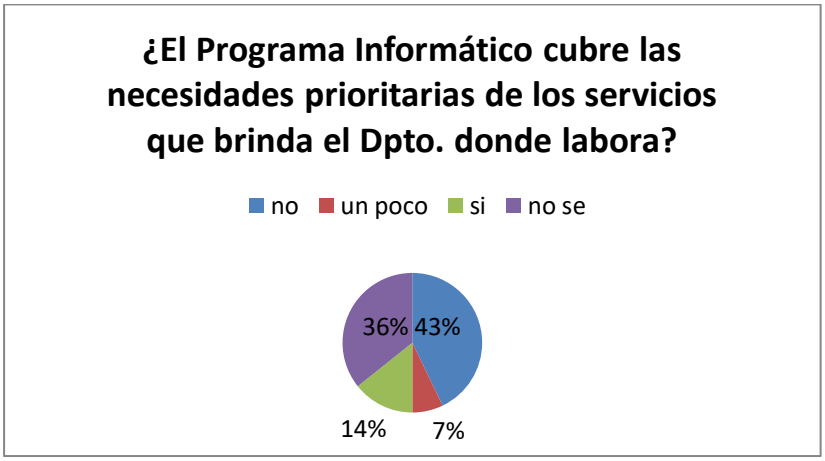


Gráfico 15 Programas informáticos cubre necesidades laborales

Resultados y análisis a los a Jefes Administrativos

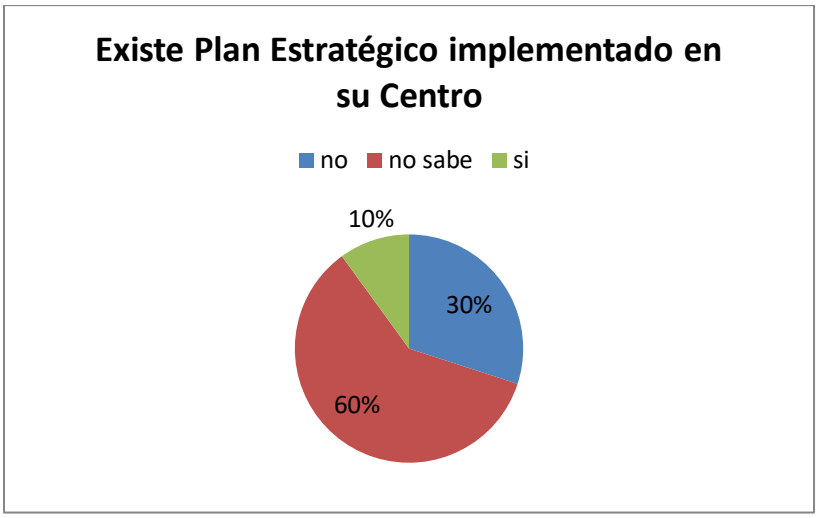


Gráfico 16 Plan estratégico

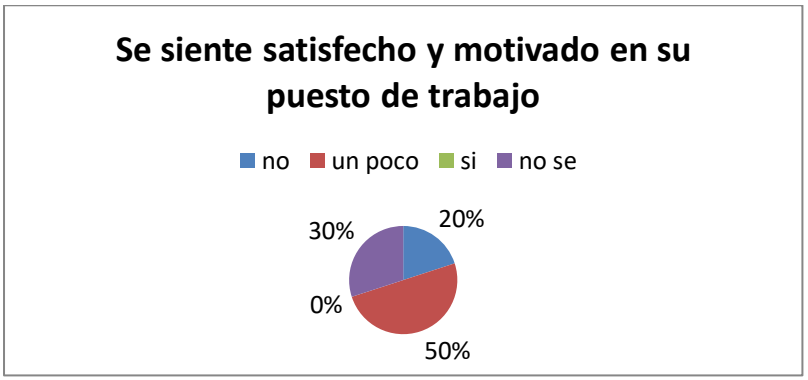


Gráfico 17 Satisfacción en el centro laboral

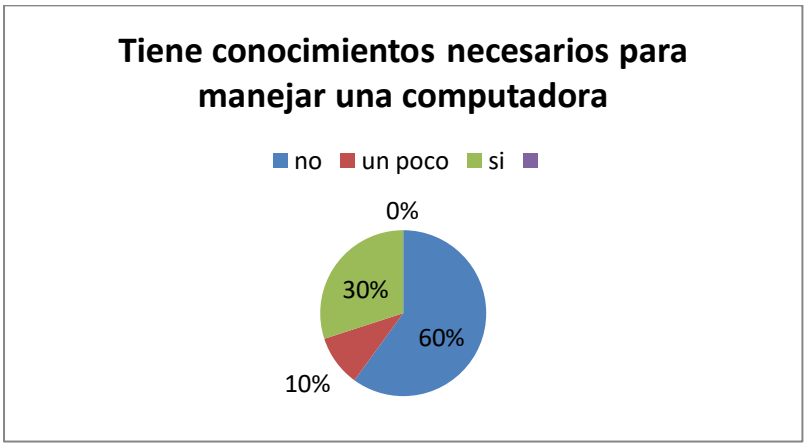


Gráfico 18 Satisfacción en el centro laboral

CAPÍTULO V IMPACTOS

5.1 Propuestas para la solución del problema

Se presentó las siguientes propuestas para contribuir a mejorar los procesos de atención de los pacientes en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador:

1) Se propuso que los establecimientos de salud realicen un estudio de la distribución de las áreas de atención al paciente para evitar la congestión de las personas en horas de mucha afluencia de pacientes ya que incide directamente a reducir el tiempo de atención.

2) Se propuso revisar los procesos de atención al paciente en lo referente a los protocolos, el cual deberá reconsiderar el médico y administrativo cuál debe ser el mejor protocolo para que el paciente sea el beneficiado, de tal manera que la atención sea más eficaz y menos costosa.

3) Se propuso que el proceso de atención al paciente sea informatizado totalmente, por ejemplo, que guarden en archivos electrónico la información médica y que sea compartida por todos los profesionales de salud.

4) Se propuso que entreguen información al paciente vía electrónica, en donde tenga los datos como resultados de exámenes, programación de citas, recetas enviadas a farmacia, reabastecimiento de recetas.

5) Se propuso revisar los flujos de trabajo, de tal manera que la atención en los consultorios sea eficiente, para ello deberá tener información estadística como cuántos pacientes son atendidos, cantidad adecuada de personal para la atención en el consultorio.

6) Se propuso que las historias clínicas del paciente sean informatizadas para que el administrativo no realice el trabajo de conseguir el documento clínico (el físico de las historias) antes que el médico atienda al paciente, ocasionando pérdidas de tiempo, tanto al médico, paciente y al área administrativa que estaría buscando los documentos entre sus archivos y que podría durar mucho tiempo.

7) Se propuso capacitar al personal médico y administrativo en técnicas, metodologías y herramientas de mejora de procesos, de tal manera que contribuyen a mejorar los procesos de su institución.

5.2 Costos de implementación para la propuesta

Los costos de implementación para la propuesta de mejora de los procesos de atención de los pacientes de los establecimientos estudiados están regidos bajo los lineamientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur que pertenece al Ministerio de Salud y estos costos están en función del interés, compromiso y el presupuesto que asigne el estado para tal fin.

5.3 Beneficios que aporta la propuesta

Evaluando los costos de inversión planteados en el punto 5.1, resultaría muy beneficioso para la institución, ya que estaría mejorando los procesos de las áreas involucradas, ahorrando tiempo de trabajo administrativo, mejorando los protocolos del médico, todo este conjunto de tareas mejoraría la atención al paciente.

Conclusiones

1. La dimensión Gestión Administrativa representada por la variable Conocimiento de la Misión de la Organización incide de forma directa en la satisfacción de los médicos, es decir las personas desean saber cuál es su labor en la organización y como ésta ayuda a su público objetivo.
2. El nivel de satisfacción de personal administrativo entrevistado es bajo (13%), mencionan estar plenamente satisfecho con la organización donde labora y una masa importante de la población en estudio (57%) mencionan estar medianamente satisfecho, estos indicadores están relacionadas de forma directa con los resultados encontrados en las correlaciones de las variables medidas.
3. La dimensión gestión administrativa representada por la variable "Gestión de Procesos con la Estrategia de la Institución", incide de forma significativa en la satisfacción de los administrativos, por lo que se concluye las personas deben conocer su misión y los objetivos estratégicos de la institución para satisfacer de forma adecuada y eficaz a su público objetivo.
4. Existe una correlación positiva y directa entre la Dimensión Infraestructura de atención y dimensión tiempo de espera de un valor de (correlación=0.22 puntos), lo que significaría si las instituciones en estudio consideran un plan de comunicación que se menciona y el respeto a la privacidad del paciente, este será más tolerante para esperar su turno y el turno de los otros pacientes.
5. En el aspecto de calidad Los pacientes buscan percibir que el centro de salud les ofrezca una mayor comodidad y tenga una limpieza más adecuada.
6. La demora en la atención incidiría de forma negativa en la satisfacción del paciente.
7. Los indicadores referidos a desarrollo de Procesos, Optimización y Calidad, establecen una relación estadística con el nivel de satisfacción, lo que se concluye que la causa de este desconocimiento es la falta de capacitación adecuada por parte de los médicos en estos temas o indicadores.
8. Respecto a la perspectiva de resistencia al cambio se ha detectado que existe una correlación negativa entre la Satisfacción del Administrativo y la forma cómo se trata a los pacientes, por lo que se concluye que el personal administrativo es consciente de las molestias y mal servicio que se brinda, que es causado por su falta de capacitación y resistencia a mejorar los procesos de atención.
9. La Valoración al trabajo y la práctica de Valores inciden de forma significativa en el compromiso del médico para con la institución y los pacientes, lo que se concluye que las personas buscan el bienestar de la organización y están dispuestos a modificar sus comportamientos.

10. La rigidez de los protocolos médicos tiene relación con el nivel de motivación y satisfacción del médico, influyendo significativamente en su desempeño laboral.
11. Se concluye que los Valores institucionales tienen inciden positiva en la gestión y compromiso de los administrativos, así como en el desempeño profesional de los médicos.

Recomendaciones

1. Es recomendable que los médicos conozcan e internalicen la misión el rol que cumplen en la institución, puesto que incide directamente en una gestión estratégica eficiente para una mejor atención a los pacientes de los establecimientos de salud (EESS) del distrito de Villa el Salvador (VES).
2. Se recomienda para los médicos de los EESS de VES, que en ciertos casos tienen resistencia al cambio, desarrollar charlas de sensibilización y de motivación sobre la importancia del cambio y de este modo mejorar su desempeño laboral en beneficio de la institución y sus pacientes.
3. El personal administrativo si son valorados en su debida dimensión tendrían una incidencia positiva en el desarrollo de las estrategias de gestión de la organización.
4. Es muy importante mejorar y modernizar la infraestructura el mismo que debe ser considerado en el plan estratégico institucional alineado al Sistema de Salud con el fin de que los estos establecimientos sean más adecuados para una mejor calidad de atención orientados a mantener la privacidad del paciente. Asimismo, deben considerarse la implementación de áreas médicas en algunos establecimientos que no los tienen.

5. Es muy importante que los pacientes perciban en el centro de salud una mayor comodidad y limpieza adecuada, esto contribuiría a la tolerancia de tiempo de espera para realizar sus consultas.
6. Es recomendable evitar las demoras en la atención, a fin de contribuir en la satisfacción del paciente.
7. Es recomendable la capacitación periódica del personal médico en técnicas de mejoramiento de procesos, optimización de tiempo y recursos, y calidad en el servicio para realizar con eficiencia sus actividades para el beneficio de la institución y la satisfacción de los pacientes por la calidad y oportunidad del servicio brindado
8. Es recomendable que el personal administrativo conozca y aplique estrategias para la mejora de los procesos en temas administrativos, recursos humanos y calidad de atención a los pacientes, ya que incide directamente para mejorar el servicio de atención a los pacientes, así como la mejora de la imagen institucional.
9. Los médicos son profesionales que si son valorados en su debida dimensión contribuirían en forma positiva con las estrategias que la institución puede realizar.
10. Es recomendable empoderar al médico a fin de pueda aplicar estrategias para mejorar o cambiar ciertos protocolos en sus actividades de atención médica orientados a la mejora de salud y satisfacción del paciente

11. Es importante sensibilizar a los médicos con respecto a los valores en la atención a los pacientes, la cultura organizacional de la institución deberá ser comprensible en la profesionalidad de los médicos de tal manera que ellos aporten lo mejor de sí para el beneficio de la institución
12. Es recomendable crear eventos o actividades que integren la buena relación y comunicación entre el personal administrativo y el personal médico a fin de mejorar los procesos, tiempos y calidad de atención a los pacientes.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(**Ahumada 2005**) Ahumada Inostroza, (2005). Tesis Doctoral Gestión de Diseño y Planificación Estratégica del Conocimiento en los Clústeres Empresariales, Universitat Politècnica de València. Doi: 10.4995

(Anderson 2002) Anderson, J.G. (2002). Preface: special issue of simulation in health care management. *Health Care Management Science*, Vol. 5 No. 2, 73.

(Ander Egg 2016) Ander Egg Ezequiel (2016), Introducción a la Planificación, Siglo XXI España Editores, 2016

(Aracil 2016) Aracil Luciano Rafael, Tesis Doctoral, Gestión estratégica de la reputación. Eje central de la gestión empresarial, Universidad Complutense de Madrid, España, 2016, España

(Ureña 1998) Antonio Ureña, 1998, "Gestión Estratégica de la Calidad, Universidad de Málaga, España

(Baldrige 2012) Baldrige National Quality Program. *Health Care Criteria for Performance Excellence.* http://www.quality.nist.gov/HealthCare_Criteria.htm (visita octubre 2012)

(Bardissi 2008) El Bardissi AW, Wiegmann DA,Henrickson S,Wad hera R,Sundt TM. (2008), III. Identifying methods to improve heart surgery: an operative approach and strategy for implementation on an organizational level. *Eur JCardiothorac Surg,* 34(5), 1027-1033.

(Barjis 2007) Barjis, J.(2007). La importancia del modelado de proceso de la empresa en el diseño de sistema de software. C*iencia de la programación de computadora*, Vol. 71, 73 -87

(Barros 2010) Oscar Barros Cristian Julio, Santiago, Chile. (2010). Application of Enterprise and process architecture paterns in hospitals.

(Berwick 1990) Berwick DM. (1990). Curing Health Care. *PubMed.gov*, US National Library of Medicine National Institutes of Health. San Francisco.

(Becker 2005) Becker, J., Kugeler, M., and Roseman, M. (2005). Prozess management Ein Leitfaden zur prozess orientierten organizations gestaltung, *5th edition*. *Springer, Berlin*.

(Ben 2010) Zied BEN ATALLAH, Amar RAMUDHIN. (7/12/2010), Improving healthcare reliability by integrating Six-sigma in a business process modeling and analysis strategy, *Industrial Engineering and Engineering Management (IEEM)*, *2010 IEEE International Conference on*, Vol 1, 2234 - 2238

(Bertolini 2011) Massimo Bertolini. (2011). Business process re-engineering in healthcare management: a case study, Business Process Management Journal, Vol. 17 No. 1, 42-66

(Braun 2007) Braun von Reinersdorff A. (2007). Strategische Krankenhausfu¨ hrung–Vom Lean Management zum Balanced Hospital Managment. Verlag Hans Huber, Bern.

(Chacón 2018) Javier Stalin Chacón Cantos, tesis doctoral "Modelo de gestión de calidad para hospitales", UNMSM, Lima Peru, 2018

(Chalice 2007) Chalice (2007). Improving Healthcare Using Toyota Lean Production Methods: 46 Steps for Improvement. *ASQ quality press Milwaukee, Wisconsin*.

(Chapa 2016) Chapa Beriestaín Pablo, tesis "Mejora del Proceso de Gestión de camas del hospital clínico de la Universidad de Chile", Santiago de Chile, 2016

(Civera 2008) Civera Satorres Miguel, tesis doctoral "Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de Gestión Establecido", Universidad Jaume I de Castellón, España, 2008

(CSFPHD 1988) Committee for the Study of the Future of Public Health Division of Health Care Services Institute of Medicine. (1988). *The Future of Public Health. Washington, D.C.; National Academy Press*

(Cuatrecasas 2017) Luis Cuatrecasas, Ingeniería de Procesos y de Planta, Editorial Profit, 2017, ISBN 978-841690401-3, Barcelona España

(Curtis 2001) Curtis B, Hefley WE, Miller SA. (2001). People capability maturity model (P-CMM), CMU/SEI-2001- MM-001. *Software Engineering Institute, Carnegie Mellon University*. Pittsburgh.

(Deming 1989) Deming, Edwards, (1989). Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. *Ediciones Díaz de Santos.* Madrid,

(Enthoven 1993) Enthoven AC. (1993). The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs Supplement,* 12: 24–48.

(Enthoven 2009) Enthoven AC. (January 2009). Reform incentives to create a demand for health system reengineering, *Journal Information-Knowledge-Systems Management-Engineering the System of Healthcare Delivery*, Vol. 8 Issue 1-4, 209-227

(Evoli 2006) Evoli, J. Planeación estratégica. Caracas, Venezuela. Monografías. 2006.

(Farsi 2006) Farsi M, Filippini M. (2006). An analysis of efficiency and productivity in Swiss Hospitals. *Swiss J Econ Stat* 142(1):1–37

(Fahrenkrog 2003) Fahrenkrog S, Abrams F, Haeck WP et al (2003) Project Management Institute's Organizational project management maturity model (OPM3). In: Proceedings of the PMI North American Congress 2003. *Project Management Institute, Baltimore,* 1–7.

(Fitterer+ 2010) René Fitterer and Peter Rohner. (2010), Towards assessing the networkability of health care providers: a maturity model approach, *Information Systems and E-Business Management*, Vol. 8, Number 3, 409-421

(Geber 1992) Geber, B.(1992). Can TQM cure health care?. *Training*, Vol. 29 No. 8, pp. 25-34.

(Griffith 2005) Griffith, J. R., and White, K. R., The revolution in hospital management. J. Health Manag. 50:170–189, 2005.

(Glouberman 2001) Glouberman S, Mintzberg H.(2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. Healthc Manage Rev 26(1):56–69

(Guanín 2015) Guanín Moreno Aída, Tesis de Magíster, "Propuesta de un modelo de gestion por procesos en la atención de enfermería en el servicio de emergencias del hospital military, Quito-Ecuador, 2015

(Guy 1994) Guy T.Hatch, 1994, Reengineering: An analysis of factors influence success of failure , Massachusetts Instute of Technology, USA, 1994

(Hammer 1994) Michael Hammer, James Champy.(1994).Reengineering the Corporation: A Manifiesto for Business Revolution. 1994, p. 42

(Hammer 1997) The process audit. Harvard Business Review (Cambridge, Hardvar Business School) 85,4, 119-9, 122-3, 142 (recuperado de http://www.thestrategicsgroup.com/operations/processaccelerator/tools_assets/hammer_process%20audit%20Article.pdf

(Harmon 2003) Harmon, P. *Business process change: a manager´s guide to improving, redesigning, and automating process* . California: Morgan Kaufman., (2003).

(Hassan 2012) Hassan A. Tetteh.(*January 2012).* Kaizen : A Process Improvement Model for the Business of Health Care and Perioperative Nursing Professionals, *AORN Journal,* Vol 95 No 1, 104-108

(Hernández 2007) Esteban HernándezOsma, Tesis doctoral, Reingeniería de un Proceso Asistencial, reducción de la lista de espera de varices, Universitat Rovira I Virgili, España, 2007.

(Herrera 2001) Herrera, Danilo: Competitividad con equidad en cadenas agroalimentarias. (producto anual). Política Agrícola, Documento realizado por el IICA cobertura general. 2000

(Ismail+ 2010) Khaled Ismail, Waleed Abo-Hamad Integrating Balanced Scorecard and Simulation Modeling to Improve Emergency Department Performance in Irish Hospital, Proceedings of the 2010 Winter Simulation Conference, B. Johansson, S. Jain, J. Montoya-Torres, J. Hugan, and E. Y¨ucesan, eds, 3S *Group, School of Management Dublin Institute of Technology DIT.*

(Kolker 2008) Kolker, A., Process modelling of emergency department patient flow: Effect of patient length of stay on ED diversion. J. Med. Syst. 32:389–401, 2008.

(Kyriacou+ 1999) Kyriacou, D.N., Ricketts, V., Dyne, P.L., McCollough, M.D. and Talan, D.A. (1999), "A 5-year time study analysis of emergency department patient care efficiency", Annals of Emergency Medicine, Vol. 34 No. 3, pp. 326-35.

(Leu+ 2009) Jun-Der Leu & Yu-Tsung Huang 2009**,** An Application of Business Process Method to the Clinical Efficiency of Hospital, Journal of Medical Systems, 409-421

(León+ 2008) León, L. & Rodriguez M. *Pensamiento estratégico, Planeación y Dirección Estratégica*. Grupo de Estudio de Gerencia Organizacional. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez". Cienfuegos. Julio 2008.

(Luftman 1996) Luftman JN (ed) (1996) Competing in the information age: strategic alignment in practice. Oxford University Press, New York

(Luftman 2000) Luftman JN (2000) Assessing business-IT alignment maturity. Commun ACM 4(14):1–10

(Massaaki 1998), Massaaki Imai, 1998, *"Kaizen: La Clave de la Ventaja Competitiva Japonesa"*. Compañía Editorial Continental, S. A. de C. V.

(McCaig 2004) McCaig, L. F., and C. W. Burt. 2004. National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Advance Data* 340:1–34.

(Miller+ 2003) Miller, M., D. Ferrin, and J. Szymanski. (2003). Simulating six sigma improvement ideas for a hospital emergency department. In Proceedings of the 2003 Winter Simulation Conference, ed. S. Chick, P. J. Snchez, D. Ferrin, and D. J. Morrice, *Texas: Institute of Electrical and Electronics Engineers, Inc,* 1926–1929. Austin.

(Morris+ 2011) Eddy Morris, Jaime Serida, Peter Yamakawa, Alexander Martinez, Jean Paul Corrales. Estudio de madurez de las empresas peruanas en la gestión de proceso: BPM 2011, ESAN, pp.27

(Morales 2015) Morales Valerio Fernanda, Tesis: Mejoras a la gestión del proceso de abastecimiento de insumos clínicos para el Hospital San José, 2015, Santiago de Chile

(Palomeque 2018) Palomeque Cordova Ines del Transito, La calidad de la gestión institucional como condición para la generación de conocimiento científico en el sistema educativo universitario ecuatoriano, UNMSM, Lima Perú, 2018

(Pham+ 2007) Hogangmai Pham, Paul Ginsburg, Kelly McKenzie, and Arnold Milstein. (2007). "Redesigning Care Delivery in Response to a High Performance Network: The Virginia Mason Medical Center, *Health Affairs* web exclusive July 10.

(Parasuraman+, 1988) Parasuraman A, Zeithaml A, Berry L.(1988). "SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, Vol. 64 No. 1, 12-40.

(PHII 2006) Public Health Informatics Institute.(2006). *Taking Care of Business: A Collaboration to Define Local Health Department Business Processes*, Decatur, GA: Public Health Informatics Institute.

(PMI 2003) Project Management Institute (ed).(2003). Organizational project management maturity model (OPM3): knowledge foundation. Project Management Institute, Newtown Square.

(Rao 1996) Rao t., 1996, Total Quality Management a cross functional perspective New Yorj, tJohn Wiley & Sons Editorial

(Reeves 1993), Reeves, C.A. y Bedner, D..A. (1993), "Lo que previene la puesta en práctica de TQM en organizaciones de atención sanitaria", el progreso de calidad, no de Vol. 26. 4, p.41.

(Richardson 2006) Richardson, D. B.(2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal of Australia* 184 (5) 213–216.

(Rojas 2005) Rojas, P. La Planificación estratégica en salud. Informet. Perú. 2005. Disponible en: www.cmploreto.com/descargas/SESION%204.ppt

(Romero 2010), Romero Loor Jhonny, tesis ¨Propuesta de Mejora para el proceso de atención en consulta externa de un hospital", Guayaquil, Ecuador, 2010

(Rosemann 2004) Rosemann M, de Bruin T (2004) Application of a holistic model for determining BPM maturity. In: Akoka J, Comyn-Wattiau I, Favier M (eds) Proceedings of the AIM pre-ICIS workshop on process management and information systems. Association Information and Management, Washington, pp 1-21.

(Ross 2009) David Ross, Process engineering: A necessary step to a better public health system, Information Knowledge Systems Management 8 (2009) 299–309, DOI 10.3233/IKS-2009-0144.

(Rouse 2000) W. Rouse, Managing Complexity: Disease Control as a Complex Adaptive System, Information Knowledge Systems Management 2 (June 2000), 143.

(Sabino 1992) SABINO, Carlos El Proceso de Investigación". Ed. Panapo, Caracas. Buenos Aires, 1992 ,216 p.

(Salazar 2014) Salazar Morales Iván**,** Tesis Diagnóstico y Mejora para el servicio de atención en el área de Emergencias de un hospital público, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2014, Lima Perú

(Sanchez 2007) Antonio Jesús Sánchez Arrieta, tesis doctoral "El valor del cliente como herramienta estratégica de gestión en un mercado industrial", Universidad de Málaga, España, 2007

(Scales 2011) Scales DC , Dainty K , Hales B , et al. A multifaceted intervention for quality improvement in a network of intensive care units: a cluster randomized trial. *JAMA*. 2011;305(4):363–372

(Sepúlveda,2012) Hermes Sepúlveda Jaramillo, Club PBM, http://www.club-bpm.com/Noticias/art00112.htm (Accedido octubre 2012)

(Silva 2013) Viviana Silva Escobar, tesis magíster en Salud Publica, Aplicación de Gestión por Procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr.Ediardo Herrera, Abril 2013, Santiago, Chile

(Soledispa 2018) Fausto Freddy Soledispa Lucas, La calidad y su influencia en la competitividad en las empresas enlatadoras de atún de la ciudad de Manta - Ecuador, UNMSM, Lima Perú, 2018

(Stokowski 2011) Stokowski, L., (2011) Health care reformand nurses:challenges and opportunities.TheFreeLibrary. http://www .thefreelibrary.com/Healthcare _reform _and _nurses% 3A _challenges _and _opportunities.-a0234309526. Accessed September23.

(Stoner 2007) (Stoner J. Orientaciones Universitarias: Capitulo 3 Administación. Pontifica Universidad Javeriana. Julio 2007.

(Sung+ 2010) Sung J. Shim, Arun Kumar,(2010), Simulation for emergency care process reengineering in hospitals, Business Process Management Journal, Vol. 16 No. 5, 2010, pp. 795-805

(Tejena 2014) Tejena Velasquez Rosaura. Modelo de Gestión por Procesos para el área de pediatría del Hospital Regional de Portoviejo, Manabi-Ecuador, 2014

(Tobar 1999) Tobar Federico, Modelos de Gestión: La encrucijada de la reconversión. Énfasis Management, 1999, año V (n°8 de agosto) 6-14

(Tomaselli 2005) Tomaselli L, (2005) . *Administración Estratégica de la "A" a la "Z".* Ambato, Ecuador. Zonas y Servicios Productivos CEM.

(Urbina 2006) Ian Urbina, "In the treatment of Diabetes, Success Often Does Not Pay," The New York Times, January 11, 2006

(Villegas 2009) José Villegas, 2009, Un modelo de evaluación de los atributos críticos de éxito de los sistemas de información en el desempeño individual, cooperativo y organizacional, Cybertesis.

(Wallace 2009) R.B. Wallace, 2009, Public health and preventive medicine: Trends and guideposts, in: *Public Health & Preventive Medicine*, (15th edition), R.B. Wallace and N. Kohatsu, eds, New York: McGraw Hill Medical, pp. 49–54.

(Wikipedia 2012) Science Wikipedia, The free encyclopedia http://en.wikipedia.org/wiki/IDS_Scheer, 2012

(Wigand+ 1997) Wigand RT, Picot A, Reichwald R (1997) Information, organization and management—expanding markets and corporate boundaries. Wiley, Chichester

(Yasnoff 2000) W. Yasnoff, P. O'Carroll, D. Koo, R. Linkins and E. Kilbourne, Public Health Informatics: Improving and Transforming Public Health in the Information Age, Journal of Public Health Management & Practice **6** (November 2000), 67.

(Zaratiegui 1999), José Zaratiegui, "La Gestión por. Procesos: Su papel e Importancia en la. Empresa", Revista Economía Industrial, Vol. 6, Nº 330. España, http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=140164

(3m 2012) http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=80574&p=irol-irhome

VIII ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para los Pacientes.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE ADMINISTRACION - UNIDAD DE POSGRADO

CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Nombre del Establecimiento de Salud:

"Factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de pacientes"

Reciba un cordial saludo y a la vez comunicarle que se está desarrollando una investigación para identificar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud del Lima Sur.

El cuestionario es anónimo, las respuestas que Usted brinde es estrictamente confidencial, por tanto le solicito por favor que responda con la mayor seriedad.

Cualquier duda será atendida.

Muchas gracias.

Antes de empezar:

No escriba su nombre en este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas estadística y confidencialmente en una forma estricta.

Es importante que responda a todas las preguntas.

Escribir sólo una respuesta.

No hay respuestas correctas o capciosas, lo importante es indicar el estado real en su área de trabajo, con respecto al/los sistema/s de admisión de pacientes.

Su opinión es valiosa. Por favor, durante la encuesta no pregunte las respuestas a sus compañeros/as.

Responda los cuestionamientos de acuerdo con su experiencia y percepción, marcando con un ✔ o una ✗

1	**Edad**	

2	**Sexo**	**masculino**	**femenino**

3	**¿Trabaja?**	**no**	**si**	**temporalmente**

4	**¿Es jubilado?**	**no**	**si**

5	**Grado de instrucción**	**analfabeto**	**primaria**	**secundaria**	**técnica**	**universitaria**

6	**¿En qué área o servicio del establecimiento se atendió?**

……

……

7	**Satisfacción del paciente**	**no**	**medianamente**	**si**
7.1	¿El personal de salud que lo atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud?			
7.2	¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?			
7.3	Si le dieron indicaciones en una receta ¿Están escritas en forma clara?			
7.4	¿Le han explicado los cuidados que deberá realizar en su casa?			

7.5	Las tarifas de atención del establecimiento de salud ¿están a su alcance?			

		muy buena	buena	regular	mala	muy mala
7.6	¿Cómo califica el trato y la amabilidad del personal administrativo?					

8	Infraestructura de atención	no	medianamente	si
8.1	El horario de atención del establecimiento ¿le parece conveniente?			
8.2	¿Le parecen cómodos los ambientes del establecimiento de salud?			
8.3	Durante la consulta ¿se respetó su privacidad?			
8.4	¿El establecimiento se encuentra limpio?			

		muy buena	buena	regular	mala	muy mala
8.5	¿Los lugares por los que transita en el establecimiento de salud qué le pareció?					

9	Tiempos de espera	no	medianamente	si
9.1	¿Esperó mucho tiempo en la cola para pagar la consulta o para sacar tikets de atención?			
9.2	¿Esperó mucho tiempo para sacar su historia clínica (responder en caso sea la primera vez)			
9.3	¿Esperó mucho tiempo en sala de espera antes de ser atendido por el médico o personal de salud?			

10	Dispensación en la medicina (Entrega de medicamento en farmacia)	no	a veces	si	no sabe
10.1	¿Tenían toda la medicina que recetó el médico?				
10.2	¿Siente que el medicamento es de calidad?				

		no	a veces	si
10.3	¿La compra de las medicinas es rápida?			

Muchas gracias por contestar el cuestionario.

Fecha:

Anexo 2. Cuestionario para los Médicos.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO

CUESTIONARIO PARA MÉDICOS

Nombre del Establecimiento de Salud:

"Factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de pacientes"

Reciba un cordial saludo y a la vez comunicarle que se está desarrollando una investigación para identificar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud de Lima Sur.

El cuestionario es anónimo, las respuestas que Usted brinde es estrictamente confidencial, por tanto le solicito por favor que responda con la mayor seriedad.

Cualquier duda será atendida.

Muchas gracias.

Antes de empezar:

No escriba su nombre en este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas estadística y confidencialmente en una forma estricta.

Es importante que responda a todas las preguntas.

Escribir sólo una respuesta.

No hay respuestas correctas o capciosas, lo importante es indicar el estado real en su área de trabajo, con respecto al/los sistema/s de admisión de pacientes.

Su opinión es valiosa. Por favor, durante la encuesta no pregunte las respuestas a sus compañeros/as.

Responda los cuestionamientos de acuerdo con su experiencia y percepción, marcando con un ✔ o una ✗

1	**Plan Estratégico**	**no**	**no sabe**	**si**
1.1	¿Existe Plan estratégico implementado en su institución?			

Si no existe o no sabe pase a la pregunta 4

		no	**no sabe**	**medianamente**	**si**
1.2	¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?				
1.3	¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?				
1.4	¿Conoce la visión de su institución?				
1.5	¿Conoce la misión de su institución?				

2	**Personal Calificado (personal que tenga el perfil adecuado para el puesto)**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
2.1	¿Su institución fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos al personal del área?				

Si su respuesta es “si” o “un poco” diga cuáles:

……
……
……

		no	**medianamente**	**si**	**no sabe**
2.2	¿En el último año, ha realizado alguna actividad de capacitación en salud				

3	**Motivación del Personal**	no	medianamente	si	no sabe
3.1	¿Existe información sobre el logro de los objetivos estratégicos?				
3.2	¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?				

Si su respuesta es "no" ¿qué propondría para mejorar?

……

……

……

		no	medianamente	si	no sabe
3.3	¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?				

4	**Perspectiva al Cambio**	no	medianamente	si	no sabe
4.1	¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?				
4.2	¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?				
4.3	¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?				

Responder las preguntas del 4.4 al 4.7 solo si está dispuesto a aceptar cambios en los procesos o procedimientos que están ligados en las actividades o tareas que realiza en su trabajo diario.

		no	medianamente	si
4.4	¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?			
4.5	¿Está preparado para cambios significativos?			

		no	medianamente	si	no sabe
4.6	¿Adopta los cambios como un proceso natural?				
4.7	¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?				

5	**Valoración del centro de trabajo**	no	medianamente	si	no sabe
5.1	¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?				
5.2	¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?				

5.3	¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?				
5.4	¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?				

6	**Valores**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
6.1	¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?				
6.2	¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?				
6.3	¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?				

7	**Diagramas de flujo**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
7.1	¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?				

Si su respuesta es "no"pasar a la pregunta 7.4

		no	**medianamente**	**si**	**no sabe**
7.2	¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?				
7.3	¿Participa en la elaboración del diagrama?				
7.4	¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?				

8	**Análisis de procesos AS IS(es la técnica que describe un proceso tal cual está en ese momento)**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
8.1	¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?				
8.2	¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?				
8.3	¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?				

9	**Identificación de indicadores**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
9.1	¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?				
9.2	¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?				
9.3	¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?				
9.4	¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?				

9.5	¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?				
9.6	¿Los médicos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes				
9.7	¿Los médicos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?				

10	**Mapa de procesos (Aplicación de Business Process Management-BPM es una técnica de identificación y mejora de procesos)**	**no**	**no sabe**	**si**
10.1	¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?			
10.2	¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?			

		no	**medianamente**	**si**	**no sabe**
10.3	¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?				
10.4	¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?				
10.5	¿Todos los administrativos están alineados con el programa de procesos de la institución?				
10.6	¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?				

11	**Análisis de procesos TO BE (es la técnica en la cual modifica o mejora los procesos actuales)**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
11.1	Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?				
11.2	¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?				
11.3	¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?				

12	**DMAIC (Es una técnica de Mejora de Procesos que consta en Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar los procesos de una institución o área)**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
12.1	¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?				
12.2	¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?				
12.3	¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?				

12.4	¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?				
12.5	¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?				

13	Diseño de Programas Informáticos orientado a Salud	no	medianamente	si	no sabe
13.1	¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?				
13.2	Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?				
13.3	¿El Programa Informático es fácil de aprender?				
13.4	¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el Programa Informático?				
13.5	¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. donde labora?				
13.6	¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?				

		no	no sabe	si
13.7	¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?			

Si la respuesta en “no” pase a la pregunta 13.8, en caso que sea “si” pase a la pregunta 13.9

		no	medianamente	si
13.8	¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?			

		no	medianamente	si	no sabe
13.9	¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?				
13.10	¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores “chillantes”,etc)				

14	Equipamiento de Sistemas orientado a Salud	no	medianamente	si	no sabe
14.1	¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?				

14.2	¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?				
14.3	¿Usted cree que el Programa Informático de salud es sofisticado?				
14.4	¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?				

15	**Integración de Programas Informáticos de Salud**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
15.1	¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?				
15.2	¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?				
15.3	¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?				

Muchas gracias por contestar el cuestionario.

Fecha:

Anexo 3. Cuestionario para los Jefes Administrativos.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO

CUESTIONARIO PARA JEFATURAS ADMINISTRATIVAS

Nombre del Establecimiento de Salud:

"Factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de pacientes"

Reciba un cordial saludo y a la vez comunicarle que se está desarrollando una investigación para identificar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud de Lima Sur.

El cuestionario es anónimo, las respuestas que Usted brinde es estrictamente confidencial, por tanto le solicito por favor que responda con la mayor seriedad.

Cualquier duda será atendida.

Muchas gracias.

Antes de empezar:

No escriba su nombre en este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas estadística y confidencialmente en una forma estricta.

Es importante que responda a todas las preguntas.

Escribir sólo una respuesta.

No hay respuestas correctas o capciosas, lo importante es indicar el estado real en su área de trabajo, con respecto al/los sistema/s de admisión de pacientes.

Su opinión es valiosa. Por favor, durante la encuesta no pregunte las respuestas a sus compañeros/as.

Responda los cuestionamientos de acuerdo con su experiencia y percepción, marcando con un ✔ o una ✗

1	**Plan Estratégico**	**no**	**no sabe**	**si**
1.1	¿Existe Plan estratégico implementado en su institución?			

Si no existe o no sabe pase a la pregunta 1.4

		no	**no sabe**	**medianamente**	**si**
1.2	¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?				
1.3	¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?				
1.4	¿Conoce la visión de su institución?				
1.5	¿Conoce la misión de su institución?				

2	**Personal Calificado (personal que tenga el perfil adecuado para el puesto)**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
2.1	¿Su institución fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos al personal del área?				

Si la respuesta es "si" o "un poco" diga cuáles:

……
……

		no	**medianamente**	**si**	**no sabe**
2.2	¿En el último año, ha realizado alguna actividad de capacitación en salud				

3	**Motivación del Personal**	no	medianamente	si	no sabe
3.1	¿Existe información sobre el logro de los objetivos estratégicos?				
3.2	¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?				

Si la respuesta es "no"¿Qué propondría para mejorar?

……
……

		no	medianamente	si	no sabe
3.3	¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?				

4	**Perspectiva al Cambio**	no	medianamente	si	no sabe
4.1	¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?				
4.2	¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?				
4.3	¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?				

Responder las preguntas del 4.4 al 4.7 solo si está dispuesto a aceptar cambios en los procesos o procedimientos que están ligados en las actividades o tareas que realiza en su trabajo diario.

		no	medianamente	si
4.4	¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?			
4.5	¿Está preparado para cambios significativos?			

		no	medianamente	si	no sabe
4.6	¿Adopta los cambios como un proceso natural?				
4.7	¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?				

5	Valoración del centro de trabajo	no	medianamente	si	no sabe
5.1	¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?				
5.2	¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?				
5.3	¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?				
5.4	¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?				

6	Valores	no	medianamente	si	no sabe
6.1	¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?				
6.2	¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?				
6.3	¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?				

7	Diagramas de flujo	no	medianamente	si	no sabe
7.1	¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?				

Si su respuesta es "no"pasar a la pregunta 7.4

		no	medianamente	si	no sabe
7.2	¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?				
7.3	¿Participa en la elaboración del diagrama?				
7.4	¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?				

8	Análisis de procesos AS IS(es la técnica que describe un proceso tal cual está en ese momento)	no	medianamente	si	no sabe
8.1	¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?				
8.2	¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?				
8.3	¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?				

9	Identificación de indicadores	no	medianamente	si	no sabe
9.1	¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?				
9.2	¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?				
9.3	¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?				
9.4	¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?				
9.5	¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?				
9.6	¿Los administrativos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes				
9.7	¿Los administrativos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?				

10	Mapa de procesos (Aplicación de Business Process Management-BPM es una técnica de identificación y mejora de procesos)	no	no sabe	si
10.1	¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?			
10.2	¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?			

		no	medianamente	si	no sabe
10.3	¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?				
10.4	¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?				
10.5	¿Todos los administrativos están alineados con el programa de procesos de la institución?				
10.6	¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?				

11	Análisis de procesos TO BE (es la técnica en la cual modifica o mejora los procesos actuales)	no	medianamente	si	no sabe
11.1	Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?				
11.2	¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?				
11.3	¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?				

12	**DMAIC (Es una técnica de Mejora de Procesos que consta en Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar los procesos de una institución o área)**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
12.1	¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?				
12.2	¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?				
12.3	¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?				
12.4	¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?				
12.5	¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?				

13	**Diseño de Programas Informáticos orientado a Salud**	**no**	**medianamente**	**si**	**no sabe**
13.1	¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?				
13.2	Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?				
13.3	¿El Programa Informático es fácil de aprender?				
13.4	¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el Programa Informático?				
13.5	¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. donde labora?				
13.6	¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?				

		no	**no sabe**	**si**
13.7	¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?			

Si la respuesta en "no" pase a la pregunta 13.8, en caso que sea "si" pase a la pregunta 13.9

		no	**medianamente**	**si**
13.8	¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?			

		no	medianamente	si	no sabe
13.9	¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?				
13.10	¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores “chillantes”,etc)				

14	Equipamiento de Sistemas orientado a Salud	no	medianamente	si	no sabe
14.1	¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?				
14.2	¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?				
14.3	¿Usted cree que el Programa Informático de salud es sofisticado?				
14.4	¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?				

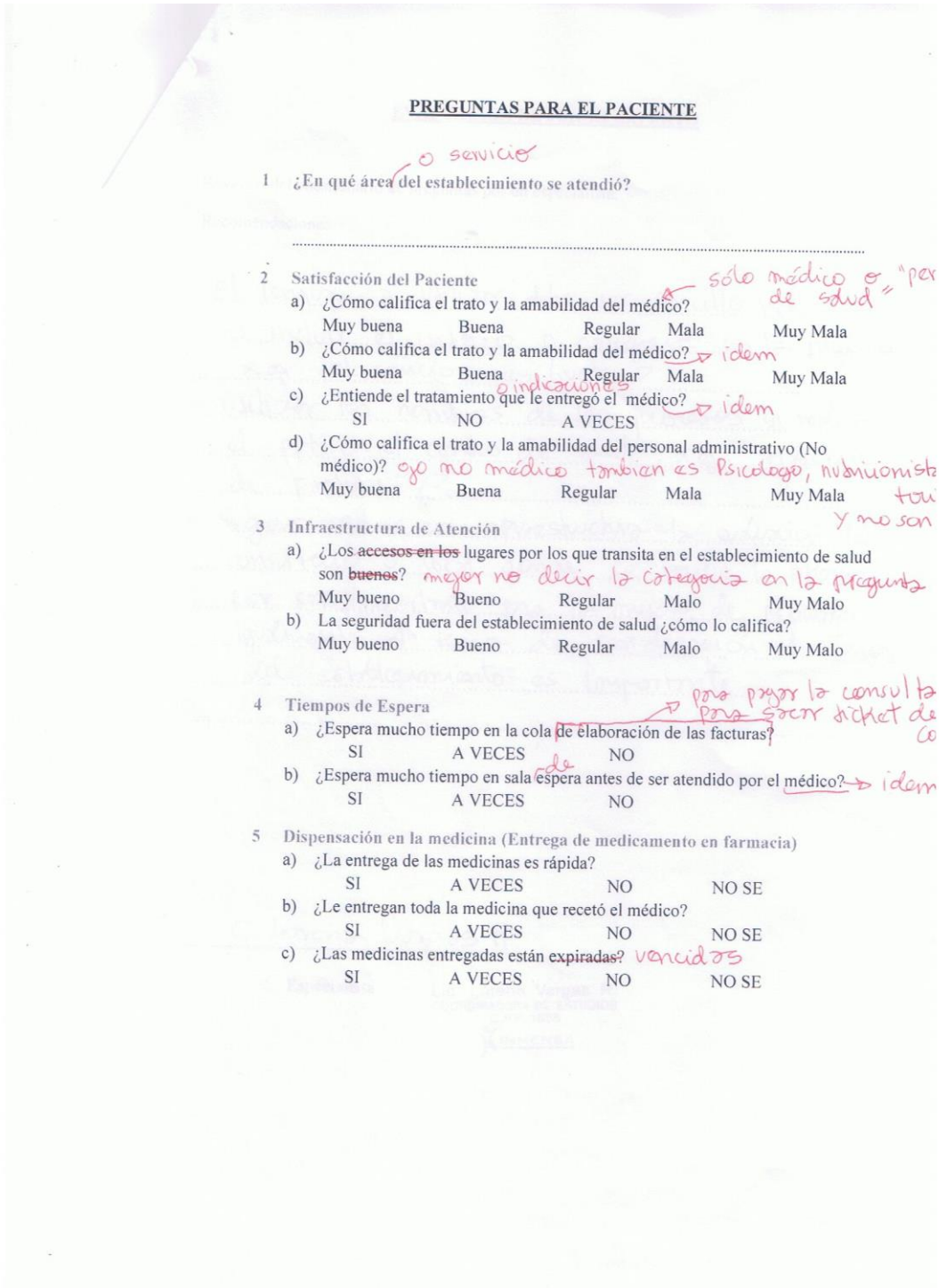
15	Integración de Programas Informáticos de Salud	no	medianamente	si	no sabe
15.1	¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?				
15.2	¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?				
15.3	¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?				

Muchas gracias por contestar el cuestionario.

Fecha:

Anexo 4. Cuestionario corregido para los Pacientes por los especialistas juicios expertos.

Juicio Experto: Lic.Lorena Vargas, Coordinadora de Estudios del Proyecto de Salud IPREX



PREGUNTAS PARA EL PACIENTE

1 ¿En qué área del establecimiento se atendió? o servicio

.....

2 Satisfacción del Paciente

a) ¿Cómo califica el trato y la amabilidad del médico? sólo médico o "per de salud"
Muy buena Buena Regular Mala Muy Mala

b) ¿Cómo califica el trato y la amabilidad del médico? → idem
Muy buena Buena Regular Mala Muy Mala

c) ¿Entiende el tratamiento o indicaciones que le entregó el médico? → idem
SI NO A VECES

d) ¿Cómo califica el trato y la amabilidad del personal administrativo (No médico)? ojo no médico también es Psicologo, nutricionista tou y no son
Muy buena Buena Regular Mala Muy Mala

3 Infraestructura de Atención

a) ¿Los ~~accesos en los~~ lugares por los que transita en el establecimiento de salud son ~~buenos~~? mejor no decir la categoria en la pregunta
Muy bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

b) La seguridad fuera del establecimiento de salud ¿cómo lo califica?
Muy bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

4 Tiempos de Espera

a) ¿Espera mucho tiempo en la cola de elaboración de las facturas? → para pagar la consulta para sacar ticket de co
SI A VECES NO

b) ¿Espera mucho tiempo en sala de espera antes de ser atendido por el médico? → idem
SI A VECES NO

5 Dispensación en la medicina (Entrega de medicamento en farmacia)

a) ¿La entrega de las medicinas es rápida?
SI A VECES NO NO SE

b) ¿Le entregan toda la medicina que recetó el médico?
SI A VECES NO NO SE

c) ¿Las medicinas entregadas están ~~expiradas~~? vencidas
SI A VECES NO NO SE

EVALUACION DE JUICIO EXPERTO

Revisión del cuestionario de preguntas por un especialista.

Recomendaciones:

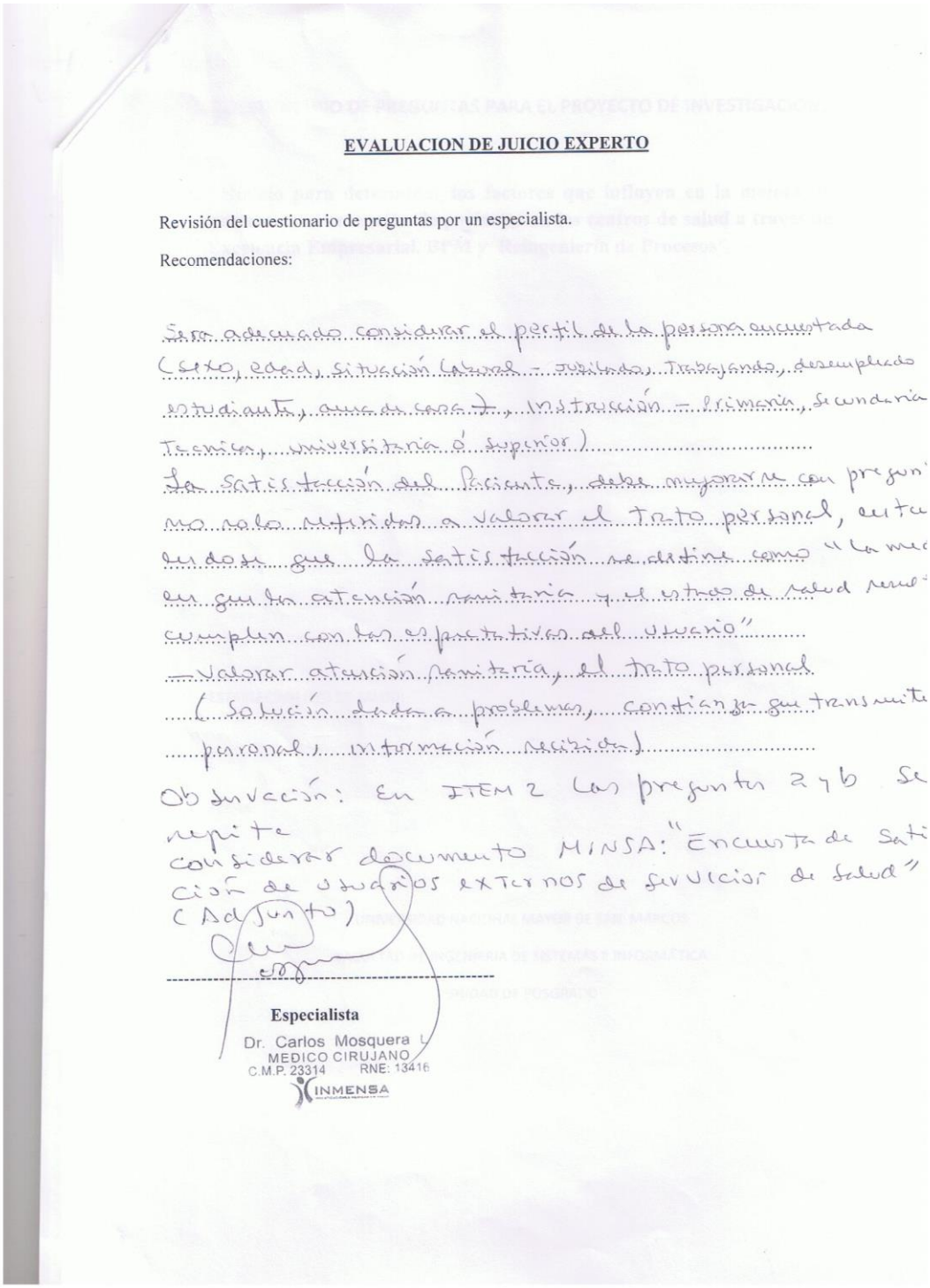
- El lenguaje a utilizar debe ser sencillo y directo.
- No incluir el criterio o categoria en la pregunta x ej: el servicio.... es bueno?
- Utilizar los nombres de los procesos q realiza el ppt. en el centro de salud, x ej: "elaboración de fichas"¿?
- Sugiero incluir en infraestructura la ubicación del consultorio o local donde se recibe la atención por ser importante para la mejora de procesos. Igualmente el tema de sensibilización al interior del establecimiento es importante.

C. Lorena Vargas R.

Especialista

Lic. Lorena Vargas R.
COORDINADORA DE ESTUDIOS
C.P.P. 1658
INMENSA

Juicio Experto: Dr.Carlos Mosquera, Coordinador General de Proyecto VIH, resumen de las observaciones



EVALUACION DE JUICIO EXPERTO

Revisión del cuestionario de preguntas por un especialista.

Recomendaciones:

Sería adecuado considerar el perfil de la persona encuestada (sexo, edad, situación laboral - jubilado, trabajando, desempleado estudiante, ama de casa), instrucción - primaria, secundaria Técnico, universitario ó superior)

La satisfacción del paciente, debe mejorarse con preguntas no solo referidas a valorar el trato personal, entendiendo que la satisfacción se define como "La medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario"

- Valorar atención sanitaria, el trato personal (solución dada a problemas, confianza en la transmisión personal, información recibida.)

Observación: En ITEM 2 las preguntas 2 y 6 se repite

considerar documento MINSA: "Encuesta de Satisfacción de usuarios externos de servicios de salud" (Adjunto)

Especialista

Dr. Carlos Mosquera L.
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 23314 RNE: 13416
INMENSA

Juicio Experto: Dr.John Mac Rae, Director Clínico, resumen de las observaciones

EVALUACION DE JUICIO EXPERTO

Revisión del cuestionario de preguntas por un especialista.

Recomendaciones:

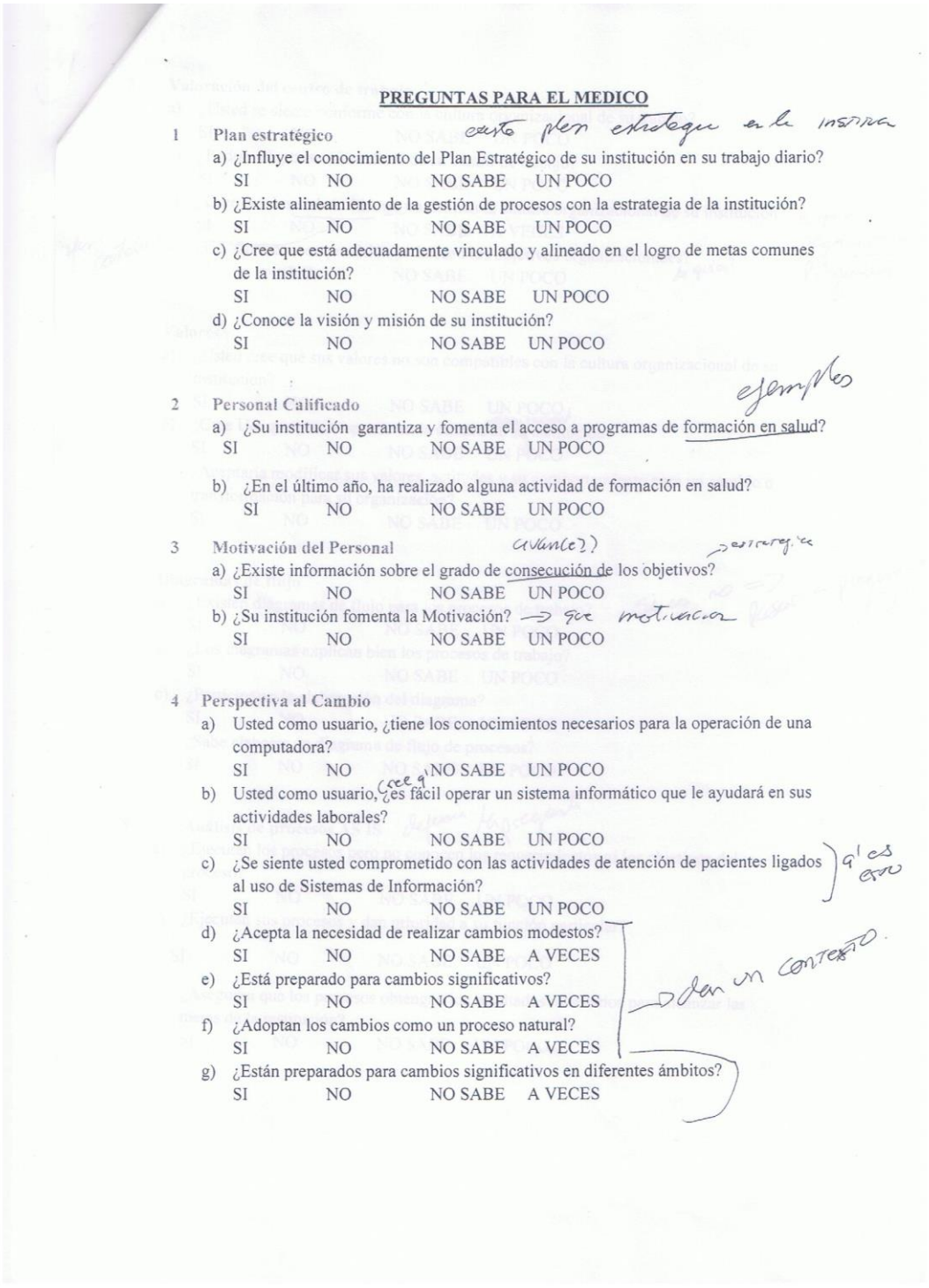
Utilizar un lenguaje mas sencillo en las preguntas de la encuesta. Aclarar la pregunta 2(b). Excluir la pregunta 4(c)

Especialista

Dr. John R. MacRae Thays
MEDICO - INFECTOLOGO
C.M.P. 21100
INMENSA

Anexo 5. Cuestionario corregido para los Médicos por los especialistas juicios expertos.

Juicio Experto: Dr.Juan Guanira, Director de Investigaciones Médicas en Salud, resumen de las observaciones



PREGUNTAS PARA EL MEDICO

1 Plan estratégico

a) ¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Existe alineamiento de la gestión de procesos con la estrategia de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Cree que está adecuadamente vinculado y alineado en el logro de metas comunes de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Conoce la visión y misión de su institución?
SI NO NO SABE UN POCO

2 Personal Calificado

a) ¿Su institución garantiza y fomenta el acceso a programas de formación en salud?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿En el último año, ha realizado alguna actividad de formación en salud?
SI NO NO SABE UN POCO

3 Motivación del Personal

a) ¿Existe información sobre el grado de consecución de los objetivos?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Su institución fomenta la Motivación?
SI NO NO SABE UN POCO

4 Perspectiva al Cambio

a) Usted como usuario, ¿tiene los conocimientos necesarios para la operación de una computadora?
SI NO NO SABE UN POCO

b) Usted como usuario, ¿es fácil operar un sistema informático que le ayudará en sus actividades laborales?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Se siente usted comprometido con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de Sistemas de Información?
SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Acepta la necesidad de realizar cambios modestos?
SI NO NO SABE A VECES

e) ¿Está preparado para cambios significativos?
SI NO NO SABE A VECES

f) ¿Adoptan los cambios como un proceso natural?
SI NO NO SABE A VECES

g) ¿Están preparados para cambios significativos en diferentes ámbitos?
SI NO NO SABE A VECES

5 Valoración del centro de trabajo

a) ¿Usted se siente conforme con la cultura organizacional de su trabajo?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Cree que los stakeholder no transmiten la cultura organizacional de su institución?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Ud. Conoce con precisión y claridad los objetivos organizacionales?
SI NO NO SABE UN POCO

6 Valores

a) ¿Usted cree que sus valores no son compatibles con la cultura organizacional de su institución?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Cree Ud. que puede aportar en la cultura de su institución?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para su organización?
SI NO NO SABE UN POCO

7 Diagramas de flujo

a) ¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Participa en la elaboración del diagrama?
SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?
SI NO NO SABE UN POCO

8 Análisis de procesos AS IS

a) ¿Ejecutan los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Ejecutan sus procesos y dan prioridad a su función particular?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Aseguran que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

9 **Identificación de indicadores**

a) ¿El proceso es soportado por un sistema integrado de procesos, diseñado en función del proceso y que permite monitorear los indicadores de desempeño?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Se cuenta con indicadores de medición para el desempeño del proceso?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?
SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Los indicadores del proceso así como los indicadores entre procesos se alinean con las metas estratégicas de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

e) ¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?
SI NO NO SABE UN POCO

f) ¿Los médicos usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus empleados?
SI NO NO SABE UN POCO

g) ¿Los médicos usan los indicadores para comparar y hacer "benchmarking" de su desempeño con otras instituciones de salud para atender mejor las necesidades de los pacientes?
SI NO NO SABE UN POCO

h) ¿Los médicos usan y actualizan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos y los usan en el planeamiento estratégico de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

10 **Mapa de procesos**

a) ¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar y monitorear, controlar el desempeño de sus procesos?
SI NO NO SABE

b) ¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?
SI NO NO SABE

c) ¿La alta gerencia conoce el concepto de gestión por proceso?
SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?
SI NO NO SABE UN POCO

e) ¿Todos los médicos están alineados con el programa de procesos de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

f) ¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?
SI NO NO SABE UN POCO

11 **Análisis de procesos TO BE**

a) Cómo dueño de un proceso ¿tiene poca influencia en la mejora del proceso?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?
SI NO NO SABE A VECES

e) ¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?
SI NO NO SABE A VECES

13 **Diseño de Sistemas de Información (SI) orientado a Salud**

a) ¿El Sistema Informático (SI) es aceptado ~~favorablemente~~ por ~~casi todos~~ los compañeros de trabajo?
SI NO NO SABE A VECES

b) Con el Sistema Informático, ¿usted, hace mejor las cosas y actividades que en forma manual?
SI NO NO SABE A VECES

c) ¿El Sistema Informático es fácil de aprender?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el sistema?
SI NO NO SABE A VECES

e) ¿El Sistema Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. o area donde labora?
SI NO NO SABE A VECES

f) ¿El Sistema Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?
SI NO NO SABE A VECES

g) ¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del sistema informático? → y q' pasa si llegó xa estaba, pued sesgar la rpt
SI NO NO SABE A VECES

h) ¿El Sistema Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?
SI NO NO SABE A VECES

i) ¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores "chillantes",etc)
SI NO NO SABE MUY POCO

14 **~~Arquitectura~~ Equipamiento de Sistemas orientado a Salud**

a) ¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, SW) adecuada para el desarrollo y operación del sistema? → ¿?
SI NO NO SABE MUY POCO

b) ¿El Sistema Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?
SI NO NO SABE A VECES

c) ¿Usted cree que el Sistema Informático de salud es ~~muy~~ sofisticado?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?
SI NO NO SABE A VECES

15 **Integración de Sistemas Informáticos de Salud**

a) ¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?

SI NO NO SABE MUY POCO

b) ¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?

SI NO NO SABE MUY POCO

c) ¿Las computadoras están entrelazadas para compartir de información (red)?

SI NO NO SABE MUY POCO

EVALUACION DE JUICIO EXPERTO

Revisión del cuestionario de preguntas por un especialista.

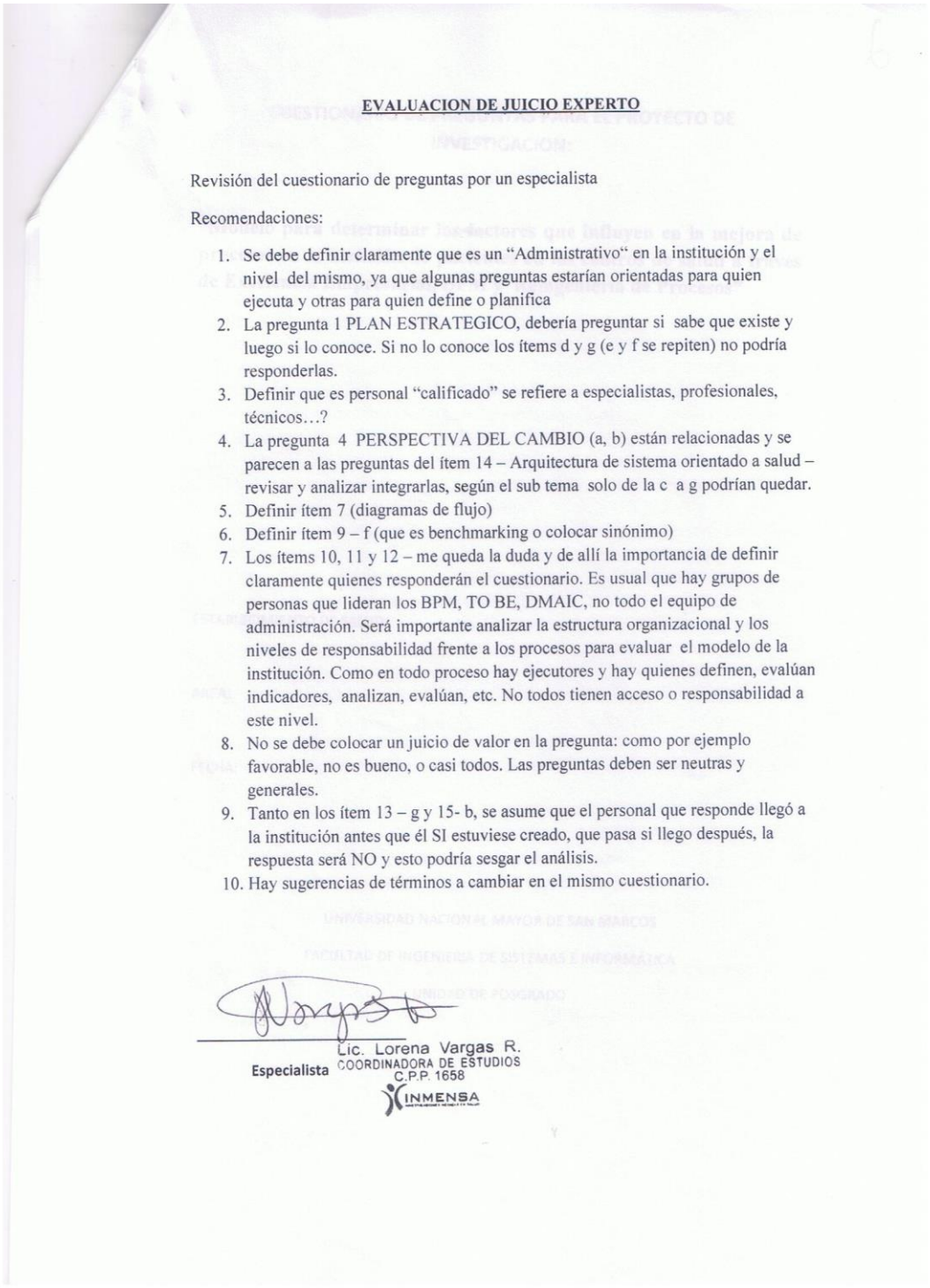
Recomendaciones:

La encuesta no es solo una lista de preguntas, Tiene que haber una contextualización un plan para aplicarse, un libiero o guía para explicar.
los terminos usados son muy tecnicos las preguntas no se auto explican.

Dr. Juan Vicente Guanira
MD C.M.P. 38858
INMENSA

Especialista

Juicio Experto: Lic.Lorena Vargas, Coordinadora de Estudios del Proyecto de Salud IPREX



EVALUACION DE JUICIO EXPERTO

Revisión del cuestionario de preguntas por un especialista

Recomendaciones:

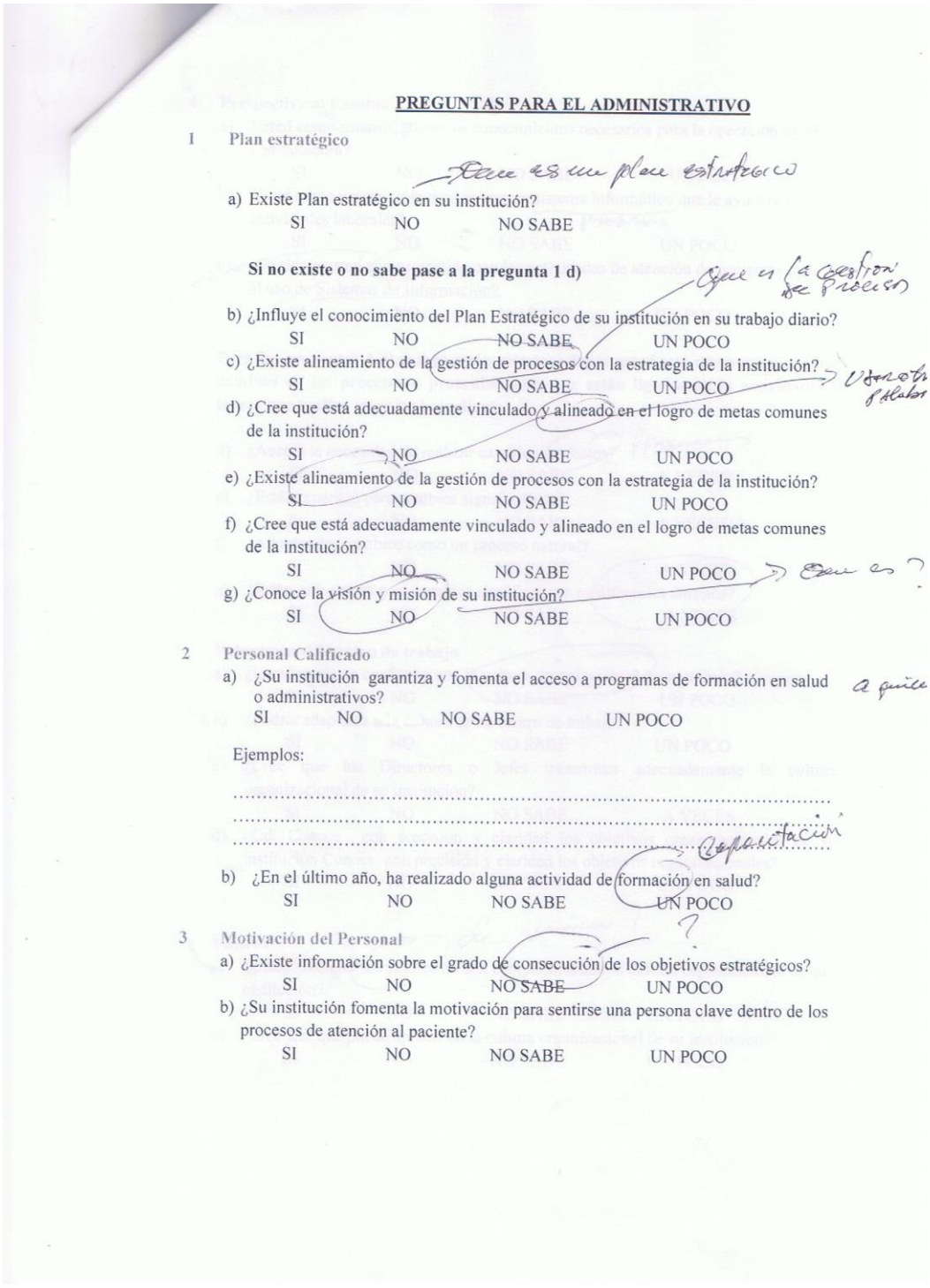
1. Se debe definir claramente que es un "Administrativo" en la institución y el nivel del mismo, ya que algunas preguntas estarían orientadas para quien ejecuta y otras para quien define o planifica
2. La pregunta 1 PLAN ESTRATEGICO, debería preguntar si sabe que existe y luego si lo conoce. Si no lo conoce los ítems d y g (e y f se repiten) no podría responderlas.
3. Definir que es personal "calificado" se refiere a especialistas, profesionales, técnicos…?
4. La pregunta 4 PERSPECTIVA DEL CAMBIO (a, b) están relacionadas y se parecen a las preguntas del ítem 14 – Arquitectura de sistema orientado a salud – revisar y analizar integrarlas, según el sub tema solo de la c a g podrían quedar.
5. Definir ítem 7 (diagramas de flujo)
6. Definir ítem 9 – f (que es benchmarking o colocar sinónimo)
7. Los ítems 10, 11 y 12 – me queda la duda y de allí la importancia de definir claramente quienes responderán el cuestionario. Es usual que hay grupos de personas que lideran los BPM, TO BE, DMAIC, no todo el equipo de administración. Será importante analizar la estructura organizacional y los niveles de responsabilidad frente a los procesos para evaluar el modelo de la institución. Como en todo proceso hay ejecutores y hay quienes definen, evalúan indicadores, analizan, evalúan, etc. No todos tienen acceso o responsabilidad a este nivel.
8. No se debe colocar un juicio de valor en la pregunta: como por ejemplo favorable, no es bueno, o casi todos. Las preguntas deben ser neutras y generales.
9. Tanto en los ítem 13 – g y 15- b, se asume que el personal que responde llegó a la institución antes que él SI estuviese creado, que pasa si llego después, la respuesta será NO y esto podría sesgar el análisis.
10. Hay sugerencias de términos a cambiar en el mismo cuestionario.

Especialista

Lic. Lorena Vargas R.
COORDINADORA DE ESTUDIOS
C.P.P. 1658
INMENSA

Anexo 6. Cuestionario corregido para los Jefes Administrativos por los especialistas juicios expertos.

Juicio Experto: CPC Julio Espinoza, Gerente Administración y Finanzas



PREGUNTAS PARA EL ADMINISTRATIVO

1 Plan estratégico

a) Existe Plan estratégico en su institución?
SI NO NO SABE

Si no existe o no sabe pase a la pregunta 1 d)

b) ¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?
SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Existe alineamiento de la gestión de procesos con la estrategia de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Cree que está adecuadamente vinculado y alineado en el logro de metas comunes de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

e) ¿Existe alineamiento de la gestión de procesos con la estrategia de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

f) ¿Cree que está adecuadamente vinculado y alineado en el logro de metas comunes de la institución?
SI NO NO SABE UN POCO

g) ¿Conoce la visión y misión de su institución?
SI NO NO SABE UN POCO

2 Personal Calificado

a) ¿Su institución garantiza y fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos?
SI NO NO SABE UN POCO

Ejemplos:

.....

.....

.....

b) ¿En el último año, ha realizado alguna actividad de formación en salud?
SI NO NO SABE UN POCO

3 Motivación del Personal

a) ¿Existe información sobre el grado de consecución de los objetivos estratégicos?
SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?
SI NO NO SABE UN POCO

4 Perspectiva al Cambio

a) Usted como usuario, ¿tiene los conocimientos necesarios para la operación de una computadora?

SI NO NO SABE UN POCO

b) Usted como usuario, ¿es fácil operar un sistema informático que le ayudará en sus actividades laborales?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Se siente usted comprometido con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de Sistemas de Información?

SI NO NO SABE UN POCO

Para las preguntas 4 d),e),f),g) están relacionadas si usted está dispuesto a aceptar cambios en los procesos o procedimientos que están ligados en la actividades o tareas que realiza en su trabajo diario

d) ¿Acepta la necesidad de realizar cambios modestos?

SI NO NO SABE A VECES

e) ¿Está preparado para cambios significativos?

SI NO NO SABE A VECES

f) ¿Adoptan los cambios como un proceso natural?

SI NO NO SABE A VECES

g) ¿Están preparados para cambios significativos en diferentes ámbitos?

SI NO NO SABE A VECES

5 Valoración del centro de trabajo

a) ¿Usted se siente conforme con la cultura organizacional de su trabajo?

SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Cree que los Directores o Jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de su institución?

SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Ud. Conoce con precisión y claridad los objetivos organizacionales de su institución Conoce con precisión y claridad los objetivos organizacionales?

SI NO NO SABE UN POCO

6 Valores

a) ¿Usted cree que sus valores no son compatibles con la cultura organizacional de su institución?

SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Cree Ud. que puede aportar en la cultura organizacional de su institución?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para su organización?

SI NO NO SABE UN POCO

7 Diagramas de flujo

a) ¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?

SI NO NO SABE UN POCO

Si su respuesta es NO pasar a la pregunta 7d)

b) ¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Participa en la elaboración del diagrama?

SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?

SI NO NO SABE UN POCO

8 Análisis de procesos AS IS(es la técnica que describe un proceso tal cual está en ese momento)

a) ¿Ejecutan los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?

SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Ejecutan sus procesos y dan prioridad a su función particular?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Aseguran que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?

SI NO NO SABE UN POCO

9 Identificación de indicadores

a) ¿El proceso es soportado por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?

SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?

SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?

SI NO NO SABE UN POCO

e) ¿Los jefes de servicio usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?

SI NO NO SABE UN POCO

f) ¿Los administrativos usan los indicadores para comparar y hacer "benchmarking" de su desempeño con otras instituciones de salud para atender mejor las necesidades de los pacientes?

SI NO NO SABE UN POCO

g) ¿Los administrativos usan y actualizan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos y los usan en el planeamiento estratégico de la institución?

SI NO NO SABE UN POCO

10 **Mapa de procesos (Business Process Management-BPM es una técnica de identificación y mejora de procesos)**

a) ¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar y monitorear, controlar el desempeño de sus procesos?

SI NO NO SABE

b) ¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?

SI NO NO SABE

c) ¿La alta gerencia conoce el concepto de gestión por proceso?

SI NO NO SABE UN POCO

d) ¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?

SI NO NO SABE UN POCO

e) ¿Todos los administrativos están alineados con el programa de procesos de la institución?

SI NO NO SABE UN POCO

f) ¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?

SI NO NO SABE UN POCO

11 **Análisis de procesos TO BE (es la técnica la cual modifica o mejora los procesos actuales)**

a) Cómo dueño de un proceso ¿tiene poca influencia en la mejora del proceso?

SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas del negocio?

SI NO NO SABE UN POCO

c) ¿Las mejoras que haya sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?

SI NO NO SABE UN POCO

12 **DMAIC (Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar)**

a) ¿El analista tiene una técnica de definir el problema?

SI NO NO SABE UN POCO

b) ¿Realiza un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?

SI NO NO SABE A VECES

c) ¿Usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?
SI NO NO SABE A VECES

e) ¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?
SI NO NO SABE A VECES

13 **Diseño de Sistemas de Información orientado a Salud**

a) ¿El Sistema Informático (SI) es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?
SI NO NO SABE A VECES

b) Con el Sistema Informático, ¿usted, hace mejor las cosas y actividades que en forma manual?
SI NO NO SABE A VECES

c) ¿El Sistema Informático es fácil de aprender?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el sistema?
SI NO NO SABE A VECES

e) ¿El Sistema Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. donde labora?
SI NO NO SABE A VECES

f) ¿El Sistema Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?
SI NO NO SABE A VECES

g) ¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del sistema informático?
SI NO NO SABE A VECES

h) ¿El Sistema Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?
SI NO NO SABE A VECES

i) ¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores "chillantes",etc)
SI NO NO SABE MUY POCO

14 **Arquitectura de Sistemas orientado a Salud**

a) ¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, SW) adecuada para el desarrollo y operación del sistema?
SI NO NO SABE MUY POCO

b) ¿El Sistema Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?
SI NO NO SABE A VECES

c) ¿Usted cree que el Sistema Informático de salud es muy sofisticado?
SI NO NO SABE A VECES

d) ¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?
SI NO NO SABE A VECES

EVALUACION DE JUICIO EXPERTO

Revisión del cuestionario de preguntas por un especialista.

Recomendaciones:

Mejorar el lenguaje, debe ser mas simple
o debe darse una introduccion en cada pregunta
sobre el tema en cuestión

Julio Espinoza Loo
Jefe de Administracion & Finanzas
INMENSA
Especialista

Anexo 7. Cuestionario final para los Pacientes.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO

CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Nombre del Establecimiento de Salud:

"Factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de pacientes"

Reciba un cordial saludo y a la vez comunicarle que se está desarrollando una investigación para identificar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud del Perú.

El cuestionario es anónimo, las respuestas que Usted brinde es estrictamente confidencial, por tanto le solicito por favor que responda con la mayor seriedad.

Cualquier duda será atendida.

Muchas gracias.

Antes de empezar:

No escriba su nombre en este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas estadística y confidencialmente en una forma estricta.

Es importante que responda a todas las preguntas.

Escribir sólo una respuesta.

No hay respuestas correctas o capciosas, lo importante es indicar el estado real en su área de trabajo, con respecto al/los sistema/s de admisión de pacientes.

Su opinión es valiosa. Por favor, durante la encuesta no pregunte las respuestas a sus compañeros/as.

Responda los cuestionamientos de acuerdo con su experiencia y percepción, marcando con un ✔ o una ✗

1	**Edad**	

2	**Sexo**	**masculino**	**femenino**

3	**¿Trabaja?**	**no**	**si**	**temporalmente**

4	**¿Es jubilado?**	**no**	**si**

5	**Grado de instrucción**	**analfabeto**	**primaria**	**secundaria**	**técnica**	**universitaria**

6	**¿En qué área o servicio del establecimiento se atendió?**

……

……

7	**Satisfacción del paciente**	**no**	**un poco**	**si**
7.1	¿El personal de salud que lo atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud?			
7.2	¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?			
7.3	Si le dieron indicaciones en una receta ¿Están escritas en forma clara?			
7.4	¿Le han explicado los cuidados que deberá realizar en su casa?			
7.5	Las tarifas de atención del establecimiento de salud ¿están a su alcance?			

		muy buena	buena	regular	mala	muy mala
7.6	¿Cómo califica el trato y la amabilidad del personal administrativo?					

8	Infraestructura de atención	no	un poco	si
8.1	El horario de atención del establecimiento ¿le parece conveniente?			
8.2	¿Le parecen cómodos los ambientes del establecimiento de salud?			
8.3	Durante la consulta ¿se respetó su privacidad?			
8.4	¿El establecimiento se encuentra limpio?			

		muy buena	buena	regular	mala	muy mala
8.5	¿Los lugares por los que transita en el establecimiento de salud qué le pareció?					

9	Tiempos de espera	no	un poco	si
9.1	¿Esperó mucho tiempo en la cola para pagar la consulta o para sacar tikets de atención?			
9.2	¿Esperó mucho tiempo para sacar su historia clínica (responder en caso sea la primera vez)			
9.3	¿Esperó mucho tiempo en sala de espera antes de ser atendido por el médico o personal de salud?			

10	Dispensación en la medicina (Entrega de medicamento en farmacia)	no	a veces	si	no sabe
10.1	¿Tenían toda la medicina que recetó el médico?				
10.2	¿Siente que el medicamento es de calidad?				

		no	a veces	si
10.3	¿La compra de las medicinas es rápida?			

Muchas gracias por contestar el cuestionario.

Fecha:

Anexo 8. Cuestionario final para los Médicos.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD ADMINISTRACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO

CUESTIONARIO PARA MÉDICOS

Nombre del Establecimiento de Salud:

"Factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de pacientes"

Reciba un cordial saludo y a la vez comunicarle que se está desarrollando una investigación para identificar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud del Perú.

El cuestionario es anónimo, las respuestas que Usted brinde es estrictamente confidencial, por tanto le solicito por favor que responda con la mayor seriedad.

Cualquier duda será atendida.

Muchas gracias.

Antes de empezar:

No escriba su nombre en este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas estadística y confidencialmente en una forma estricta.

Es importante que responda a todas las preguntas.

Escribir sólo una respuesta.

No hay respuestas correctas o capciosas, lo importante es indicar el estado real en su área de trabajo, con respecto al/los sistema/s de admisión de pacientes.

Su opinión es valiosa. Por favor, durante la encuesta no pregunte las respuestas a sus compañeros/as.

Responda los cuestionamientos de acuerdo con su experiencia y percepción, marcando con un ✔ o una ✗

1	**Plan Estratégico**	**no**	**no sabe**	**si**
1.1	¿Existe Plan estratégico implementado en su institución?			

Si no existe o no sabe pase a la pregunta 4

		no	**no sabe**	**un poco**	**si**
1.2	¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?				
1.3	¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?				
1.4	¿Conoce la visión de su institución?				
1.5	¿Conoce la misión de su institución?				

2	**Personal Calificado (personal que tenga el perfil adecuado para el puesto)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
2.1	¿Su institución fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos al personal del área?				

si su respuesta es "SI" o "un poco" diga cuáles:

……

……

3	**Motivación del Personal**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
3.1	¿Existe información sobre el logro de los objetivos estratégicos?				
3.2	¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?				

Si su respuesta es "no" ¿qué propondría para mejorar?

		no	un poco	si	no sabe
3.3	¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?				

4	**Perspectiva al Cambio**	no	un poco	si	no sabe
4.1	¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?				
4.2	¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?				
4.3	¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?				

Responder las preguntas del 4.4 al 4.7 solo si está dispuesto a aceptar cambios en los procesos o procedimientos que están ligados en las actividades o tareas que realiza en su trabajo diario.

		no	un poco	si
4.4	¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?			
4.5	¿Está preparado para cambios significativos?			

		no	un poco	si	no sabe
4.6	¿Adopta los cambios como un proceso natural?				
4.7	¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?				

5	**Valoración del centro de trabajo**	no	un poco	si	no sabe
5.1	¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?				
5.2	¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?				
5.3	¿Cree que los directores o jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?				
5.4	¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?				

6	Valores	no	un poco	si	no sabe
6.1	¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?				
6.2	¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?				
6.3	¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?				

7	Diagramas de flujo	no	un poco	si	no sabe
7.1	¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?				

Si su respuesta es “no “ pasar a la pregunta 7.4

		no	un poco	si	no sabe
7.2	¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?				
7.3	¿Participa en la elaboración del diagrama?				
7.4	¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?				

8	Análisis de procesos AS IS(es la técnica que describe un proceso tal cual está en ese momento)	no	un poco	si	no sabe
8.1	¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?				
8.2	¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?				
8.3	¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?				

9	Identificación de indicadores	no	un poco	si	no sabe
9.1	¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?				
9.2	¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?				
9.3	¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?				
9.4	¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?				

9.5	¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?				
9.6	¿Los médicos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes				
9.7	¿Los médicos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?				

10	**Mapa de procesos (Aplicación de Business Process Management-BPM es una técnica de identificación y mejora de procesos)**	**no**	**no sabe**	**si**
10.1	¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?			
10.2	¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?			

		no	**un poco**	**si**	**no sabe**
10.3	¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?				
10.4	¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?				
10.5	¿Todos los administrativos están alineados con el programa de procesos de la institución?				
10.6	¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?				

11	**Análisis de procesos TO BE (es la técnica en la cual modifica o mejora los procesos actuales)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
11.1	Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?				
11.2	¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?				
11.3	¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?				

12	**DMAIC (Es una técnica de Mejora de Procesos que consta en Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar los procesos de una institución o área)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
12.1	¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?				
12.2	¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?				
12.3	¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?				
12.4	¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?				

12.5	¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?				

13	Diseño de Programas Informáticos orientado a Salud	no	un poco	si	no sabe
13.1	¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?				
13.2	Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?				
13.3	¿El Programa Informático es fácil de aprender?				
13.4	¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el Programa Informático?				
13.5	¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. donde labora?				
13.6	¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?				

		no	no sabe	si
13.7	¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?			

Si la respuesta en “no” pase a la pregunta 13.8, en caso que sea “si” pase a la pregunta 13.9

		no	un poco	si
13.8	¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?			

		no	un poco	si	no sabe
13.9	¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?				
13.10	¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores “chillantes”,etc)				

14	Equipamiento de Sistemas orientado a Salud	no	un poco	si	no sabe

14.1	¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?				
14.2	¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?				
14.3	¿Usted cree que el Programa Informático de salud es sofisticado?				
14.4	¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?				

15	**Integración de Programas Informáticos de Salud**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
15.1	¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?				
15.2	¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?				
15.3	¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?				

Muchas gracias por contestar el cuestionario.

Fecha:

Anexo 9. Cuestionario final para los Jefes Administrativos.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO

CUESTIONARIO PARA JEFATURAS ADMINISTRATIVAS

Nombre del Establecimiento de Salud:

"Factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de pacientes"

Reciba un cordial saludo y a la vez comunicarle que se está desarrollando una investigación para identificar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud del Perú.

El cuestionario es anónimo, las respuestas que Usted brinde es estrictamente confidencial, por tanto le solicito por favor que responda con la mayor seriedad.

Cualquier duda será atendida.

Muchas gracias.

Antes de empezar:

No escriba su nombre en este cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas estadística y confidencialmente en una forma estricta.

Es importante que responda a todas las preguntas.

Escribir sólo una respuesta.

No hay respuestas correctas o capciosas, lo importante es indicar el estado real en su área de trabajo, con respecto al/los sistema/s de admisión de pacientes.

Su opinión es valiosa. Por favor, durante la encuesta no pregunte las respuestas a sus compañeros/as.

Responda los cuestionamientos de acuerdo con su experiencia y percepción, marcando con un ✔ o una ✗

1	**Plan Estratégico**	**no**	**no sabe**	**si**
1.1	¿Existe Plan estratégico implementado en su institución?			

Si no existe o no sabe pase a la pregunta 1.4

		no	**no sabe**	**un poco**	**si**
1.2	¿Influye el conocimiento del Plan Estratégico de su institución en su trabajo diario?				
1.3	¿Existe concordancia en la gestión de procesos con la estrategia de la institución?				
1.4	¿Conoce la visión de su institución?				
1.5	¿Conoce la misión de su institución?				

2	**Personal Calificado (personal que tenga el perfil adecuado para el puesto)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
2.1	¿Su institución fomenta el acceso a programas de formación en salud o administrativos al personal del área?				

Si la respuesta es "si" o "un poco" diga cuáles:

……
……

		no	**un poco**	**si**	**no sabe**
2.2	¿En el último año, ha realizado alguna actividad de capacitación en salud				

3	Motivación del Personal	no	un poco	si	no sabe
3.1	¿Existe información sobre el logro de los objetivos estratégicos?				
3.2	¿Se siente satisfecho y motivado en su puesto de trabajo?				

Si la respuesta es "no"¿Qué propondría para mejorar?

……
……

		no	un poco	si	no sabe
3.3	¿Su institución fomenta la motivación para sentirse una persona clave dentro de los procesos de atención al paciente?				

4	Perspectiva al Cambio	no	un poco	si	no sabe
4.1	¿Tiene los conocimientos necesarios para manejar una computadora?				
4.2	¿Es fácil operar un programa informático que le ayudará en sus actividades laborales?				
4.3	¿Se siente usted identificado con las actividades de atención de pacientes ligados al uso de programas informáticos?				

Responder las preguntas del 4.4 al 4.7 solo si está dispuesto a aceptar cambios en los procesos o procedimientos que están ligados en las actividades o tareas que realiza en su trabajo diario.

		no	un poco	si
4.4	¿Acepta la necesidad de realizar algunos cambios?			
4.5	¿Está preparado para cambios significativos?			

		no	un poco	si	no sabe
4.6	¿Adopta los cambios como un proceso natural?				
4.7	¿Están preparados para cambios significativos en diferentes áreas?				

5	Valoración del centro de trabajo	no	un poco	si	no sabe

5.1	¿Usted se siente a gusto con la cultura organizacional de su trabajo?				
5.2	¿Podría adaptarse a la cultura de su centro de trabajo?				
5.3	¿Cree que los directores o jefes transmiten adecuadamente la cultura organizacional de la institución?				
5.4	¿Conoce con claridad los objetivos organizacionales de la institución?				

6	**Valores**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
6.1	¿Cree que sus valores personales son compatibles con la cultura organizacional de la institución?				
6.2	¿Cree que puede aportar en la cultura organizacional de la institución?				
6.3	¿Aceptaría modificar sus valores, actitudes y su comportamiento para un cambio o transformación para la institución?				

7	**Diagramas de flujo**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
7.1	¿Existen diagramas de flujo para los procesos de trabajo?				

Si su respuesta es "no"pasar a la pregunta 7.4

		no	**un poco**	**si**	**no sabe**
7.2	¿Los diagramas explican bien los procesos de trabajo?				
7.3	¿Participa en la elaboración del diagrama?				
7.4	¿Sabe elaborar un diagrama de flujo de procesos?				

8	**Análisis de procesos AS IS(es la técnica que describe un proceso tal cual está en ese momento)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
8.1	¿Ejecuta los procesos pero no conocen los requerimientos ni los objetivos del proceso?				
8.2	¿Ejecuta sus procesos y dan prioridad a su función particular?				
8.3	¿Asegura que los procesos obtengan los resultados necesarios para alcanzar las metas de la institución?				

9	**Identificación de indicadores**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**

9.1	¿El proceso está compuesto por diferentes pasos que integran procedimientos y que permite monitorear los indicadores de desempeño?				
9.2	¿Los procesos cuentan con indicadores básicos de costo y calidad?				
9.3	¿Existen indicadores del proceso que se alinean con las metas estratégicas de la institución?				
9.4	¿Los indicadores son usados para medir el desempeño?				
9.5	¿Los jefes de servicio o de área usan las métricas de desempeño de los procesos para motivar y crear conciencia en sus subordinados?				
9.6	¿Los administrativos usan los indicadores para comparar su desempeño con otras instituciones de salud (benchmarking) para atender mejor las necesidades de los pacientes				
9.7	¿Los administrativos usan de manera continua los indicadores de desempeño de los procesos?				

10	**Mapa de procesos (Aplicación de Business Process Management-BPM es una técnica de identificación y mejora de procesos)**	**no**	**no sabe**	**si**
10.1	¿Cuenta con una herramienta BPM para modelar, automatizar, monitorear y controlar el desempeño de sus procesos?			
10.2	¿Cuenta con una herramienta para graficar y diseñar sus procesos?			

		no	**un poco**	**si**	**no sabe**
10.3	¿La alta gerencia (Directores y Jefes) conoce el concepto de gestión por proceso?				
10.4	¿La alta gerencia ve a la institución en términos de proceso de negocio?				
10.5	¿Todos los administrativos están alineados con el programa de procesos de la institución?				
10.6	¿Existe un alineamiento marcado con la gestión por procesos?				

11	**Análisis de procesos TO BE (es la técnica en la cual modifica o mejora los procesos actuales)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
11.1	Cómo dueño de un proceso ¿tiene influencia en la mejora del proceso?				
11.2	¿Identifican la ineficiencia de los procesos y proponen las mejoras asegurando el cumplimiento de los resultados para alcanzar las metas propuestas?				

11.3	¿Las mejoras que ha sugerido se llegaron a concretar para la mejora de los procesos?				

12	**DMAIC (Es una técnica de Mejora de Procesos que consta en Definir, Medir, Analizar, Mejorar, Controlar los procesos de una institución o área)**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
12.1	¿El analista de procesos tiene una técnica de definir el problema?				
12.2	¿Realiza el analista un recojo de datos que determinan los factores que influyen sobre el resultado de los procesos?				
12.3	¿Sabe si el analista usa una herramienta estadística para analizar los datos recogidos?				
12.4	¿El analista propone soluciones para la identificación de los problemas encontrados en la recopilación de datos?				
12.5	¿Existe el control del planeamiento para garantizar que las soluciones se puedan sostener en el tiempo?				

13	**Diseño de Programas Informáticos orientado a Salud**	**no**	**un poco**	**si**	**no sabe**
13.1	¿El Programa Informático es aceptado favorablemente por casi todos los compañeros de trabajo?				
13.2	Con el Programa Informático, ¿usted, hace mejor su trabajo o actividades que en forma manual?				
13.3	¿El Programa Informático es fácil de aprender?				
13.4	¿Usted, recibió algún curso o taller para operar el Programa Informático?				
13.5	¿El Programa Informático cubre las necesidades prioritarias de los servicios que brinda el Dpto. donde labora?				
13.6	¿El Programa Informático ayuda a elevar su productividad como usuario y empleado de la institución?				

		no	**no sabe**	**si**
13.7	¿Cuándo ingresó en su centro ¿ya existía un Programa Informático?			

Si la respuesta en "no" pase a la pregunta 13.8, en caso que sea "si" pase a la pregunta 13.9

		no	**un poco**	**si**
13.8	¿Lo involucraron en el diseño y ejecución del Programa informático?			

		no	un poco	si	no sabe
13.9	¿El Programa Informático le ayuda a resolver sus problemas en sus tareas cotidianas?				
13.10	¿El sistema es amigable? (entendible, vistoso, sin colores "chillantes",etc)				

14	Equipamiento de Sistemas orientado a Salud	no	un poco	si	no sabe
14.1	¿Se tiene la tecnología informática (computadora, impresora, Software) adecuado para el desarrollo y operación del Programa Informático?				
14.2	¿El Programa Informático de salud se puede ejecutar en otra computadora diferente a la suya?				
14.3	¿Usted cree que el Programa Informático de salud es sofisticado?				
14.4	¿Las computadoras trabajan eficientemente y sin fallas?				

15	Integración de Programas Informáticos de Salud	no	un poco	si	no sabe
15.1	¿El sistema informático está integrado con otros sistemas de la institución?				
15.2	¿Participó en la construcción de otros módulos o sistemas informáticos del que usa actualmente?				
15.3	¿Las computadoras están entrelazadas para compartir información (en red)?				

Muchas gracias por contestar el cuestionario.

Fecha:

Anexo 10. Confiabilidad de la Información – Alpha de Cronbach

RESUMEN ESTADISTICO ALPHA DE CRONBACH PARA PACIENTES				
ESTADISTICA DE CONFIABILIDAD		DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN
Alpha de Cronbach	0.712	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.701	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.773	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	TIEMPO DE ESPERA	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.350	GESTIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE	DISPENSACIÓN DE LA MEDICINA	NO SIGNIFICATIVA

RESUMEN ESTADISTICO ALPHA DE CRONBACH PARA MÉDICOS				
ESTADISTICA DE CONFIABILIDAD		DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN
Alpha de Cronbach	0.832	COMPROMISO	NIVEL DE SATISFACCIÓN, MOTIVACIÓN	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.832	COMPROMISO	CLIMA LABORAL	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.960	CULTURA ORGANIZACIONAL	PERSPECTIVA AL CAMBIO	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.560	CULTURA ORGANIZACIONAL	VALORIZACIÓN DEL CENTRO LABORAL	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.754	ANÁLISIS DE PROCESOS	ANALISIS DE PROCESOS AS IS	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.716	ANÁLISIS DE PROCESOS	IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.873	OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS	ANÁLISIS TO BE	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.863	CALIDAD	DMAIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.766	DISEÑO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	TIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.618	ARQUITECTURA DE SISTEMAS	TIC	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.680	GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	PLAN ESTRATÉGICO	NO SIGNIFICATIVA

RESUMEN ESTADISTICO ALPHA DE CRONBACH PARA ADMINISTRATIVOS				
ESTADISTICA DE CONFIABILIDAD		DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN
Alpha de Cronbach	0.630	COMPROMISO	NIVEL DE SATISFACCIÓN, MOTIVACIÓN	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.630	COMPROMISO	CLIMA LABORAL	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.960	CULTURA ORGANIZACIONAL	PERSPECTIVA AL CAMBIO	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.290	CULTURA ORGANIZACIONAL	VALORIZACIÓN DEL CENTRO LABORAL	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.320	ANÁLISIS DE PROCESOS	ANALISIS DE PROCESOS AS IS	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.850	ANÁLISIS DE PROCESOS	IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.873	OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS	ANÁLISIS TO BE	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.935	CALIDAD	DMAIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.740	DISEÑO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	TIC	ES SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.240	ARQUITECTURA DE SISTEMAS	TIC	NO SIGNIFICATIVA
Alpha de Cronbach	0.774	GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	PLAN ESTRATÉGICO	ES SIGNIFICATIVA

A continuación, el Anexo 11. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		
PROBLEMA GENERAL	**OBJETIVO GENERAL**	**HIPÓTESIS GENERAL**	**VARIABLE INDEPENDIENT**	**DIMENSIONES**	**INDICADORES**
¿En qué medida la gestión estratégica influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?	Determinar la influencia de la Gestión Estratégica en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018	La Gestión Estratégica influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018	**GESTIÓN ESTRATÉGICA**	Gestión Administrativa	-Expendio de medicinas expiradas -Seguridad de entornos internos y externos del E.S -Disponibilidad de medicinas -Diagramas de procesos de gestión administrativa
PROBLEMA ESPECÍFICO	**OBJETIVO ESPECÍFICO**	**HIPÓTESIS ESPECÍFICA**		Gestión de Atención al Paciente	-Tiempo de operaciones -Buenas prácticas -Información correcta sobre el tratamiento -Mejora del proceso de atención al paciente -Disponibilidad de SW de Gestión
• ¿En qué medida la gestión estratégica de la administración influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?	• Determinar la influencia de la gestión estratégica de la Administración de los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018	• La Gestión Estratégica de la Administración influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018		Gestión de RRHH	-Personal calificado -Conocimiento informático -Resistencia al cambio -Medición del desempeño -Capacitación al personal - Perspectiva al cambio -Compromiso con la institución
			VARIABLE DEPENDIENTE	**DIMENSIONES**	**INDICADORES**
• ¿En qué medida la gestión estratégica de los Recursos Humanos influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?	• Determinar la influencia de la gestión Estratégica de los Recursos Humanos de los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018	• La Gestión Estratégica de los Recursos Humanos influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018	**PROCESOS DE ATENCIÓN**	Infraestructura	-Sala de espera adecuada -Disponibilidad de equipos médicos -Mobiliario adecuado -Accecibilidad física en el E.S -Disponiblidad de equipos informáticos
• ¿En qué medida la gestión estratégica de calidad de Atención influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018?	• Determinar la influencia de la gestión estratégica de calidad en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018	• La Gestión Estratégica de calidad influye en los procesos de Atención al paciente en los establecimientos de Salud del distrito de Villa El Salvador de Lima Metropolitana 2018		Procesos para la satisfacción del Paciente	-Calidad en la atención del médico -Calidad de atención administrativa -Resolución de quejas -Colas en la elaboración de facturas -Entrega de medicinas en el tiempo adecuado