



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN ECONOMÍA**  
**MENCIÓN: POLÍTICA Y GERENCIA SOCIAL**



**TESIS**

**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL  
NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE  
LA RED ASISTENCIAL JULIACA - ESSALUD 2009**

**PRESENTADA POR :  
RUTH MARCELA SUMI CANAZA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
MAGÍSTER SCIENTIAE EN ECONOMÍA  
CON MENCIÓN EN POLÍTICA Y GERENCIA SOCIAL**



**PUNO - PERÚ**

**2012**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO	
BIBLIOTECA CENTRAL AREA DE SERVICIO	
Fecha Ingreso:	11 0 OCT 2014
Nº	100679

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN ECONOMÍA**  
**MENCIÓN: POLÍTICA Y GERENCIA SOCIAL**



## **T E S I S**

***FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL  
NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE  
LA RED ASISTENCIAL JULIACA - ESSALUD 2009***

**PRESENTADA POR:**

**RUTH MARCELA SUMI CANAZA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER SCIENTIAE  
EN ECONOMÍA CON MENCIÓN EN POLÍTICA Y  
GERENCIA SOCIAL**

**Puno – Perú  
2012**

**Universidad Nacional Del Altiplano  
ESCUELA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN ECONOMÍA  
MENCIÓN: POLÍTICA Y GERENCIA SOCIAL**

**T E S I S**

**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE  
ATENCIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL  
JULIACA - ESSALUD 2009**

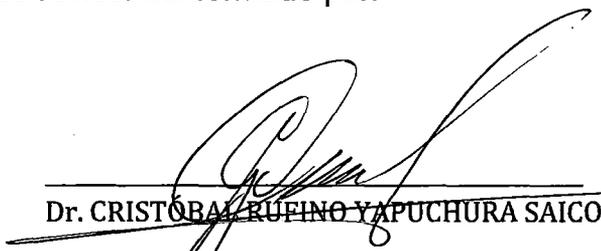
**Presentada por:**

**RUTH MARCELA SUMI CANAZA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER SCIENTIAE EN  
ECONOMÍA CON MENCIÓN EN POLÍTICA Y GERENCIA SOCIAL**

**Aprobada por el jurado revisor conformado por:**

**PRESIDENTE**

  
Dr. CRISTÓBAL RUFINO YAPUCHURA SAICO

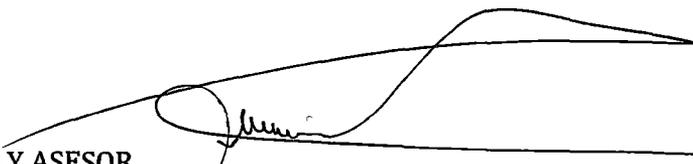
**PRIMER MIEMBRO DEL JURADO**

  
Dr. ERNESTO CALANCHO MAMANI

**SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO**

  
M.Sc. LUIS HUARACHI COILA

**TERCER MIEMBRO DEL JURADO Y ASESOR**

  
Dr. LUCIO AVILA ROJAS

Puno – Perú  
2012

## *Dedicatoria*

A Dios por darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

Dedicado especialmente a mí querida madre, ejemplo de superación y entrega; Rosita Paulina, por darme vida y ser mi pilar de apoyo y formación desde siempre, porque sin su ejemplo no sería lo que soy.

*Ruth.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis más sinceras muestras de agradecimiento a:

- La Universidad Nacional del Altiplano a la Facultad de Ingeniería Económica y a la Maestría en economía en cuyas aulas me formé profesionalmente; a los docentes que con su valiosa enseñanza y experiencia contribuyeron a mi desarrollo profesional.
- Dr. Lucio Ávila Rojas por su dirección, asesoramiento y apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.
- Mis familiares por cada palabra de aliento y apoyo constante.
- Aquellas personas que hicieron que cumpla una de mis metas en forma desinteresada, para optar el grado de magíster.
- Todos los informantes que han contribuido en esta investigación. En especial, a las personas que han aportado elementos de reflexión para el cambio y la mejora del sistema público de salud.

## INDICE

CONTENIDO	Pág
RESUMEN	
INTRODUCCION	
CAPITULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3. HIPÓTESIS .....	4
CAPITULO II.....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
2.2. SUSTENTO TEÓRICO.....	9
2.2.1. Tendencias de gestión.....	9
2.2.2. La calidad de servicio .....	12
2.2.3. El papel de gestión humana en la organización .....	14
2.2.4. La calidad de atención.....	15
2.2.5. La gestión sanitaria: la calidad en los servicios .....	19
2.2.6. Los determinantes sociales de la salud .....	20
2.2.7. Recursos .....	23
2.2.8. La productividad de los recursos .....	26
2.2.9. Atención centrada en el paciente .....	27
2.2.10. Organización saludable .....	28
2.2.11. Clima organizacional .....	32
2.2.12. Desarrollo de personal de recursos humanos .....	34
2.2.13. Niveles de atención .....	36
2.2.14. Asignación de recursos en el sector salud .....	37
2.2.15. La formación de recursos humanos en salud .....	39
2.2.16. Remuneraciones de los recursos humanos en salud .....	44

2.2.17. Atención de calidad .....	46
2.3. MARCO REFERENCIAL .....	47
2.4. MARCO CONCEPTUAL.....	52
CAPITULO III.....	59
METODOLOGIA.....	59
3.1. NIVELES Y DIMENSIONES DE ANÁLISIS.....	59
3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN .....	59
3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	60
3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	61
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
3.6. TIPO DE ESTADÍSTICA APLICADA.....	62
3.7. METODOLOGIA POR OBJETIVOS.....	62
CAPITULO IV .....	66
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	66
4.1. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	66
4.1.1. Caracterizar los factores del nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca- EsSalud.....	67
4.1.2. Análisis de factores que tienen mayor influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca- EsSalud.....	87
4.1.3. Análisis del nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca – EsSalud.....	91
CONCLUSIONES .....	95
RECOMENDACIONES.....	97
BIBLIOGRAFIA.....	98
ANEXOS .....	105

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Perú Número de carreras profesionales en salud	40
Cuadro 2: Perú Especialidades ofertadas para el resindentado médico	42
Cuadro 3: Perú Comparativo anualizado de remuneraciones entre personal EsSalud y MINSA central según cargos y niveles	45
Cuadro 4: Distribución de la muestra de trabajadores de la red asistencial	61
Cuadro 5: Nivel de atención según edad de los servidores de la red asistencial Juliaca	66
Cuadro 6: Nivel de atención según nivel de disponibilidad de recursos humanos de la red asistencial Juliaca	68
Cuadro 7: Nivel de atención según asignación de recursos financieros de la red	71
Cuadro 8: Nivel de atención según clima organizacional de la red asistencial Juliaca	73
Cuadro 9: Nivel de atención según programación de número de citas de la red asistencial Juliaca	75
Cuadro 10: Nivel de atención según cobertura de la red asistencial	77
Cuadro 11: Nivel de atención infraestructura de la red asistencia Juliaca	79
Cuadro 12: Nivel de atención según gestión en salud de la red asistencial Juliaca	82
Cuadro 13: Regresión logit ordenado	84
Cuadro 14: Efectos marginales	85
Cuadro 15: Nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca	87
Cuadro 16: Estadística descriptiva de las variables	88

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Edad de los servidores de EsSalud de la red asistencial Juliaca	67
Figura 2: Disponibilidad de recursos humanos de la red asistencial Juliaca	69
Figura 3: Asignación de recursos financieros de la red asistencial Juliaca	72
Figura 4: Clima organizacional de la red asistencial Juliaca	74
Figura 5: Programación de numero de citas de la red asistencial Juliaca	76
Figura 6: Cobertura de la red asistencial Juliaca	78
Figura 7: Estado de infraestructura de la red asistencial Juliaca	80
Figura 8: Calificación de gestión en salud de la red asistencial Juliaca	83
Figura 9: Nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca	88

### ***Lista de Siglas***

DINESST	: Dirección de Educación Secundaria y Superior Tecnológica
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MEF	: Ministerio de Economía y finanzas
MINEDU	: Ministerio de Educación
MINSA	: Ministerio de Salud
MINTRA	: Ministerio de Trabajo
PEA	: Población Económicamente Activa

### ***Lista de Abreviaturas***

ARF	: Asignación de recursos financieros
CO	: Clima organizacional
DRRHH	: Disponibilidad de recursos humanos
GS	: Gestión en salud
INF	: Infraestructura
ISTc	: Instituto Superiores Tecnológicos
NSE	: Niveles Socio-Económicos
PNC	: programación en número de citas
SES	: Estatus Socio-Económico
UCI	: Unidad de cuidados intensivos.
VS	: vocación de servicio

## RESUMEN

El presente trabajo; tiene el propósito de determinar y analizar los factores socio-económicos que influyen en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud 2009. Los resultados obtenidos es a través de la aplicación de 186 encuestas realizadas en el año 2009. Los supuestos empleados en los factores con mayor influencia en el nivel de atención son la disponibilidad de recursos humanos, programación del número de citas, nivel de cobertura e infraestructura y el nivel de atención es regular. Se formuló el modelo econométrico, se hizo la estimación de los parámetros y se procedió al análisis de la información y discusión de resultados. Con respecto al diseño de investigación se considera como una investigación básica de tipo no experimental con un nivel explicativo. Para obtener los resultados de la presente investigación se aplicó la regresión con el modelo logit ordenado el cual nos permitió definir la influencia entre las variables independientes (disponibilidad de recursos humanos, programación en número de citas, cobertura e infraestructura) sobre la variable dependiente (nivel de atención) las cuales son estadísticamente significativas, el coeficiente del ajuste de un pseudo  $R^2$  es 62%, mientras el restante 38% explican las variables que no están consideradas en el modelo planteado. Y el nivel de atención es regular representado por un 45%.

*Palabras clave: Nivel, atención, recursos, humanos, cobertura, programación, infraestructura.*

## ABSTRACT

This research work; has the purpose of identifying and analysing the socio-economic factors that influence the level of attention of the assistance network Juliaca - EsSalud 2009. The obtained results is through the application of 186 surveys conducted in 2009. The assumptions used in the factors with the greatest influence on the level of care are the availability of human resources, programming the number of appointments, level of coverage and infrastructure and the level of care is regularly. The econometric model is formulated, the estimation of the parameters was made and proceeded to the analysis of information and discussion of results. With respect to the design of research is considered as a basic research of type non-experimental with and explanatory level. The results of the present research was applied to regression with the logit model orderly which allowed us to define the influence between independent variables (availability of human resources, number of citations, coverage and infrastructure programming) on the dependent variable (level of care) which are statistically significant, the coefficient of adjustment of a pseudo  $R^2$  is 62%, while the remaining 38% explain the variables that are not considered in the model raised, represented by the residual variable. And the level of attention of the assistance network care Juliaca is regularly represented by 45%.

*Keywords: level, attention, human, resources, coverage, programming, infrastructure.*

## INTRODUCCION

La salud, debe considerarse como un derecho ciudadano en donde el eje central es el nivel de atención, esta puede ser utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios, pues nos proporciona información sobre el nivel de atención en los aspectos de estructura, procesos y resultados.

El nivel de atención es un término difícil de definir, debemos considerar que las dimensiones que consideran los usuarios para definirla, se centra en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.

Para ofrecer un adecuado nivel de atención se debe tener en cuenta una serie de requisitos que garanticen la misma, entre los cuales podemos mencionar, recursos humanos (no solo médicos sino todo el personal que labora en la red asistencial), recursos infraestructurales acordes al tipo de centro asistencial, recursos financieros suficientes para ofrecer todos los servicios de salud, una organización efectiva de los recursos (articular programas y niveles de atención) y un sistema apropiado de gerencia que incluya: planificación de actividades, supervisión de las mismas, evaluación de acciones, colaboración intersectorial y consulta.

La Red Asistencial Juliaca - EsSalud, atiende a los usuarios de la zona sur-este, en la actualidad se presentan diversos problemas en prestaciones de servicios. En ese sentido; el presente trabajo de investigación nos

permitirá determinar de una u otra forma los factores socio-económicos del nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud 2009.

Así mismo plantear en base a los resultados alcanzados por el trabajo algunas ideas generales que contribuyen a mejorar el nivel de atención en los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca. Las variables consideradas como la disponibilidad de recursos humanos, asignación de recurso financiero el clima organizacional, programación del número de citas, la cobertura, la infraestructura, gestión en salud, edad; juegan un papel de suma importancia sobre la variable dependiente o explicada nivel de atención. Partiendo de esta premisa nace la idea de estudiar e investigar a uno de los sectores encaminados a preservar y proteger la salud de los usuarios.

La presente investigación se divide en 4 capítulos:

En el capítulo I, se desarrolla la problemática de la investigación que comprende la determinación del tema, planteamiento del problema, antecedentes de la investigación y los objetivos de la investigación.

En el capítulo II, se presenta el marco teórico, en el que se menciona estudios anteriores referidos a la investigación, aspectos teóricos, conceptos y de este modo se desarrollan las hipótesis de la investigación.

El capítulo III, presenta la metodología de la investigación donde consideramos métodos, técnicas que son apropiadas para el presente trabajo de investigación, como son el método analítico, descriptivo, deductivo; de igual forma se considero indicadores estadísticos para medir

el nivel de atención como también se considero las técnicas y procedimientos para recolección de datos y el análisis estadísticos de los datos.

En el capítulo V, se presenta los resultados y discusión de cada objetivo por separado, que es la parte central del trabajo, donde se realiza el análisis de la situación del nivel de atención por cada uno de los factores considerados para dicha investigación. También el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos de la regresión del modelo.

Y finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones a las que se llega con la presente investigación, bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Perú, la salud de la población es un reflejo directo de la realidad social. Desde una perspectiva social (Carlos la Serna), la importancia de los seguros radica en que las mejoras en el estado de la salud de la población se reflejan en el crecimiento y en el desarrollo de la sociedad. En efecto, los avances en materia de aseguramiento reducen los costos del tratamiento médico y, además, impactan sobre la productividad laboral y sobre el crecimiento económico, pues aumentan la vida laboral de la población, reducen los días de trabajo perdidos por enfermedad y generan mayor eficiencia en el desempeño de los trabajadores (Schultz y Tansel 1997; Mayer 1999; Cortez 2001).

Es indudable que la salud debe verse como una señal sobre el desarrollo de los pueblos. En efecto, el perfil patológico de una población nos habla de su organización social, de su forma de distribuir la riqueza.

Así mismo en el Perú los servicios de salud, enfrentan una tarea compleja y de extraordinarias dimensiones, la población aumenta aceleradamente, está más consciente de sus derechos y privilegios de seguridad social y la pronta atención a sus demandas. El tema de nivel de atención de los servicios de salud, ha tenido en los últimos años una gran relevancia, sobre todo si consideramos la necesidad que por diferentes razones tiene los gobiernos de mejorar la atención a la salud. El nivel de atención al adscrito asegurado es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de las necesidades del asegurado, es por ello que los directivos realizan esfuerzos para mejorar la calidad de servicios.

EsSalud es uno de los organismos que se encarga del aseguramiento médico de riesgos laborales y salud ocupacional para la población asalariada [ESA2005] (alrededor del 17,6% de la población total [INE2006]). El nivel de salud en nuestra región responde al contexto socioeconómico, dado por la influencia del centralismo, la ineficiente distribución de recursos, los insuficientes servicios de salud y su escaso equipamiento en infraestructura, que entre otros factores inciden notablemente en la calidad de vida, en la salud y en la calidad de atención.

El problema del deficiente nivel de atención se debe a la escasez de los recursos humanos, financieros e infraestructura, así mismo al nivel de cobertura, a las dificultades presentadas por el clima organizacional, a deficiencias en programación de citas, por falencias en gestión de salud y por la edad. Es decir la Red Asistencial Juliaca - EsSalud presenta dificultades personales, laborales y administrativos.

Por otro lado se considera que el problema del deficiente nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud, conlleva a la insatisfacción de los usuarios en un 30% lo que representa la desconfianza de un total de 78199 usuarios y con tendencias crecientes, afectando directamente a la credibilidad de la institución.

En el aspecto socio-económico, se podría indicar el nivel de educación, la capacitación, edad, infraestructura, vocación de servicio; tienen mucho que ver con la atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud.

#### *Formulación del Problema*

En consecuencia el presente trabajo de investigación, se propone determinar y analizar los factores socio-económicos que influyen en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud, la preocupación por éste tema se resume en las siguientes interrogantes:

#### *Problema General*

1. ¿Cuáles son los factores socio-económicos que influyen en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud 2009?

#### *Problemas Específicos*

2. ¿Qué factores caracterizan el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud?

3. ¿Qué factores influyen mayormente en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud?
4. ¿Cuál es el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud?

## 1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### *Objetivo General*

Determinar los factores socio-económicos que influyen en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud 2009.

### *Objetivos Específicos*

- Caracterizar los factores del nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.
- Determinar y explicar los factores que tienen mayor influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.
- Determinar el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.

## 1.3. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### *Hipótesis General*

Los factores socioeconómicos que influyen en el nivel de atención son:  
La disponibilidad de recursos humano, asignación de recursos

financieros, clima organizacional, programación del número de citas, nivel de cobertura, infraestructura, gestión en salud, vocación de servicio, sexo y la edad.

Hipótesis Específicas:

- La disponibilidad de recursos humanos y asignación de recursos financieros, el clima organizacional, programación del número de citas, nivel de cobertura, la infraestructura, gestión en salud y la edad, son factores que caracterizan el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud.
- Los factores con mayor influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud son la disponibilidad de recursos humanos, programación del número de citas, nivel de cobertura y la infraestructura.
- El nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud es regular, debido a la insuficiente asignación de personal, recursos financieros, cobertura, deficiente infraestructura y equipamiento.

Sistema de variables de hipótesis N° 1

Variables	Dependiente	NIAT = Nivel de Atención
	Independiente	DRRHH = Disponibilidad de recursos humanos, ARF = Asignación de recurso financiero CO = Clima organizacional. PNC = Programación de numero de citas COB = Cobertura, INF = Infraestructura,

	GS = Gestión en salud ED = Edad
Indicadores	NIAT: 1=Deficiente 2=Regular 3=Bueno DRRHH: 1=Insuficiente 2=Suficiente ARF: 1 = Deficiente 2 = Eficiente CO : 1=Pésimo 2=Regular 3=Bueno 4= Muy Bueno 5=Excelente PNC: 1=Pésimo 2=Regular 3=Bueno 4= Muy Bueno 5=Excelente COB: 1=Insuficiente 2=Suficiente INF: 1=Pésimo 2=Regular 3=Bueno 4= Muy Bueno 5=Excelente GS: 1=Muy deficiente 2=Deficiente 3=Regular 4= Bueno 5= Excelente ED: 1= De 20 a 29 años 2=De 30 a 39 años 3=De 40 a 49 años 4= De 50 a 59 años 5= De 60 a 69 años
Modelo Estadístico	Tabla de contingencia
Hipótesis estadística	H <sub>0</sub> : Si, el nivel de atención no depende del factor, recursos humanos, asignación de recurso financiero, clima organizacional, programación de número de citas, cobertura, infraestructura, gestión en salud; edad. Ha: Si, el nivel de atención depende del factor, recursos humanos, asignación de recurso financiero, clima organizacional, programación de número de citas, cobertura, infraestructura, gestión en salud; edad.
Nivel Significancia	$\alpha = 0.05$
Estadístico de prueba	$X^2_t = \sum (f_o - f_e)^2 / f_e$
Región Crítica	Si $X^2_c > X^2_t$ , se rechaza la H <sub>0</sub> .
Información requerida	Nivel de conocimiento de gestión de salud. Infraestructura, equipos que posee la institución. Material médico, camas Nivel de profesión
Fuente de información	Trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009 e Informe estadístico Institucional EsSalud.
Técnicas de recolección de datos	Encuestas, análisis de documentos.
Instrumentos de recolección de datos	Cuestionario de encuesta
Características de la población	Población, 362 trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud Juliaca de las cuales se toma como una muestra de 186 trabajadores.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Breve Comentario de los Estudios sobre la calidad de atención en los centros asistenciales (consultas, ambulatorios, servicios de hospitalización). En una encuesta realizada en cinco regiones de la REPÚBLICA MEXICANA en 1994, se analizan la percepción que tienen los usuarios de los servicios ambulatorios de la calidad de atención tanto en instituciones públicas como privadas, para medir la dimensión del resultado fueron seleccionados la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios: (Ramirez- Sánchez et al. 1998).

- Un indicador principal: Percepción general de la calidad de atención (utilizaron una escala tipo likert) y
- Dos complementarios: Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta y motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

Los resultados obtenidos mostraron que la calidad de atención recibida fue buena en un 81.2% de los casos (los principales motivos que definen la buena calidad están asociados al trato de personal, a la mejoría en la salud y a la preparación técnica del personal) y mala en un 18% (los principales motivos que producen una mala percepción de calidad fueron los largos tiempos de espera, tiempos cortos de consulta y el nulo efecto de medicamentos). Las condiciones de accesibilidad a los servicios así como los tiempos de espera fueron relevantes para 15.7% de la población entrevistada, mientras que para el 44.8% cobran importancia los aspectos relacionados a trato personal, a las acciones de revisión y diagnóstico y a la información recibida durante la consulta. Aspectos relacionados con la estructura, suministro de materiales y equipos y capacitación técnica del personal de salud fueron señalados por 18% de los usuarios y el resultado de la atención por 21.3%. Utilizaron para la selección de la muestra el muestro no probabilístico intencional, los datos fueron recolectados mediante encuesta y se obtuvieron los siguientes resultados el 48% perciben la calidad de atención como buena, el 45% como regular consideran que esto puede deberse a que el servicio de emergencia acuden usuarios con problemas de salud agudos que requieren atención inmediata y el usuario llega cargado de sentimientos de angustia, tristeza y frustración. En cuanto a estructura es percibida de regular calidad con tendencia a ser mala calidad; la capacidad de respuesta en el 71% de los casos es percibida como mala. Referente a la calidez de servicios el 71% de los usuarios la percibe como de mala calidad. El 42% percibe como lento el

tiempo de espera (el cual es uno de los aspectos de la asistencia que causa más insatisfacción).

En este trabajo fueron utilizados dos instrumentos en la recolección de la información el primero un cuestionario dirigido al personal de salud y el segundo una entrevista dirigida a los usuarios que acudieron a las consultas en el ambulatorio en cuestión haciendo énfasis en la estructura y resultado. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que un 70% del personal de salud opina que la atención prestada es buena mientras que un 84,7% de los usuarios se encuentra satisfecho por la atención recibida (Guedez 2004).

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 2.2.1. *TENDENCIAS DE GESTION*

Un estado del arte y las respectivas tendencias en control de gestión que estarían actuando en la empresa y su respectivo sistema de control de gestión (Fernández 1998), es la visión que se presenta a continuación, en lo referido a las tendencias actuales y que se detallaron de la siguiente forma, sin particular patrón de ordenamiento o jerarquía, respetándose la estructura expuesta:

- a) Orientación al usuario.
- b) Gestión de Calidad Total.
- c) El Tiempo como elemento Competitivo.
- d) Avances en la Tecnología de la Información.
- e) Avances en el ambiente de Producción

*a) Orientación al Usuario.*

En este se utiliza la cadena de valor, que es el conjunto de actividades requeridas para diseñar, desarrollar, producir, comercializar y proporcionar productos y servicios de calidad a los clientes.

El sistema de contabilidad debe tener indicadores que midan el nivel de satisfacción del usuario, tema difícil y complejo ya que ese nivel es medido, gracias al cuadro de mando integral (Kaplan y Norton 1993). Las empresas producto de la cadena de valor tienen usuarios internos y externos.

*b) Gestión de Calidad Total.*

El tema se preocupa, resumidamente, afirmando que la mejora continúa y la eliminación de fallos y errores es un objetivo en productos y servicios de alta calidad.

La medición y el informe de la calidad son claves de un sistema de costos actual. Costos de prevención y evaluación frente a los Costos de fallos internos y externos, son necesidades fundamentales. A partir de lo anterior, se puede citar un artículo que señala lo ocurrido en Europa a fines del siglo pasado y que parece plantearse nuevamente en nuestro país "en el ocaso de la Calidad, emergen las ideas de la gestión del Conocimiento. Todos somos conscientes de que la Gestión del Conocimiento se ha puesto, en los últimos años, de moda. Bajo este nombre se venden todo tipo de acciones, desde sistemas informáticos a esquemas de trabajo. Y, sin

embargo, las empresas parecen empeñadas de cometer los mismos errores con la GC que con la Calidad" (Seco 1999).

*c) El Tiempo Como Elemento Competitivo.*

Es importante el tiempo de procesos de la cadena de valor. La reducción de tiempos de procesos que no agregan valor, tendrían que ir en sintonía con la mejoría de la calidad. Innovación tecnológica, ciclo de vida de producto y sus costos, es clave para la competitividad en muchos sectores industriales.

*d) Avances en la Tecnología de la Información.*

Existen dos avances fundamentales:

- Manufactura integrada por computadoras.
- Software y Hardware disponible para procesos.

Es posible integrar los procesos de producción y de información contable en la institución, con el consiguiente impacto en las decisiones de los directivos.

*e) Avances en el Ambiente de Producción.*

El mejoramiento tecnológico en procesos de manufactura y su efecto en la contabilidad de costos y gerencial. Existe el desarrollo de tres temas:

- Costos Basados en las Actividades (ABC, por sus siglas en Inglés).
- Manufactura Integrada por Computadora.

- Manufactura Justo a Tiempo.

### 2.2.2. LA CALIDAD DE SERVICIO

Este concepto goza actualmente de una gran importancia ya que de la elaboración de productos de calidad depende la supervivencia de muchas organizaciones. La calidad (Cerezo 1997), se define frecuentemente como la adecuación del producto al fin que se le destina, conforme a la demanda del usuario. La obtención de calidad exige además de palabras: planificación, sistemas, personas y trabajo intenso.

Dentro de su definición existen conceptos básicos que le dan forma:

- Orientación al usuario.*- Es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio. El Centro comprende perfectamente las necesidades y requisitos del usuario, así como el modo de entregarles productos o servicios de valor añadido. La satisfacción del usuario se mide y analiza, lo mismo que todas las cuestiones que inciden sobre su fidelidad.
- Relación de asociación con proveedores.*- Las relaciones con los proveedores están basadas en la confianza y en una integración adecuada, generando con las mejoras y valor añadido a clientes y proveedores.
- Desarrollo e involucración del personal.*- El potencial de cada una de las personas se libera porque existe un conjunto de valores compartidos y un clima de confianza y delegación de responsabilidades, generalizándose la implicación y la comunicación, apoyadas por la existencia de oportunidades de aprendizaje y desarrollo.

- d. *Liderazgo y coherencia de objetivos.*- Los líderes, responsables de todos los niveles, desarrollan la cultura del Centro. Son ellos quienes dirigen los recursos y esfuerzos hacia la excelencia. La política y la estrategia se despliegan de manera estructurada y sistemática por todo el centro, orientándose todas las actividades en la misma dirección. Todas las personas se comportan de manera coherente con los valores, y la política y estrategia del centro.
- e. *Mejora continua e innovación.*- Existe una cultura de mejora continua. El aprendizaje continuo es la base para mejorar. Se fomenta el pensamiento creativo y la innovación. Cada persona tiene asumido que el Centro no mejorará si no mejora él, y esto cada día.
- f. *Responsabilidad social.*- El personal del centro se comporta con arreglo a una ética, esforzándose por superar el cumplimiento de las normas y requisitos legales.
- g. *Orientación hacia los resultados.*- El éxito continuado depende del equilibrio y la satisfacción de los intereses de todos los grupos que de una u otra forma participan en el Centro: clientes, proveedores, personal, interesados y la sociedad en general.

Los servicios de salud deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario (APRISABAC 2009). El objetivo es brindar una atención eficiente y oportuna a todos los que demanden una atención, nos proponemos:

- Evitar o disminuir el tiempo de espera en las consultas.
- Evitar o disminuir las oportunidades perdidas (OPP)

- Mejorar rendimiento y la productividad(horas /producción/servidor)
- Disminuir costos en la atención
- Mejorar eficiencia (Oportunidad y mejor relación costo/ beneficio)
- Debe ser brindada por personal capacitado y actualizado.
- La atención no puede ser discriminada por razones sociales, culturales todos deben recibir un trato igualitario.
- La atención tiene que ser periódica desde el nacimiento hasta la edad adulta el seguimiento es importante.
- Toda actividad que se realiza debe tener un efecto en la persona que la recibe es decir Que tenga impacto.
- La atención de los pacientes no puede terminar en una receta sino en la atención integral, eficiente y oportuna del paciente.

### *2.2.3. EL PAPEL DE GESTIÓN HUMANA EN LA ORGANIZACIÓN*

El propósito de las organizaciones debe estar enmarcado dentro de las perspectivas de la calidad en la prestación de los servicios y/o los productos, para lo cual requiere de un elemento indispensable y de cuyo esfuerzo depende en gran parte el funcionamiento adecuado de la organización: el Talento Humano (Gómez 2007)

El crecimiento que mueve nuestro entorno en los últimos años, ha hecho necesario que las organizaciones posean un sistema persistente y adaptable a los innumerables y rápidos cambios. Para ello, se propone que esté bien estructurada de manera que se conozcan los objetivos de la misma y se genere a su interior una dinámica que fortalezca la participación

del empleado como persona y no como objeto de la organización. Se empieza a buscar un Desarrollo Humano, con el ánimo de mejorar el producto personal del trabajador y orientar en él una nueva proyección como individuo.

El reposicionamiento de las áreas de Gestión Humana debe estar direccionado hacia la Planeación Estratégica, buscando la participación en el proceso productivo; de esta manera la prioridad de gestión humana debe tener en cuenta los siguientes puntos: (Gómez 2007)

- Promover el desarrollo de los ejecutivos de la organización, motivando su participación como sujetos activos, gestores y motivadores del cambio.
- Desarrollar estrategias buscando un mejor entendimiento entre las unidades de negocio y direccionando los procesos de transformación organizacional.
- Liderar los procesos de desarrollo del Talento Humano como provisión, reclutamiento, selección, inducción, responsabilidad social y evaluación del desempeño.

#### *2.2.4. LA CALIDAD DE ATENCION*

La calidad de atención como el tipo de atención que va a maximizar el bienestar del paciente. Consecuentemente, esta teoría conduce a afirmar que la calidad de la atención tiene dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal de las que se derivan componentes y sub componentes adicionales (Donabedian 1998)

Por lo tanto, se afirma que la calidad en la atención, se constituye como el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se brinda a los beneficiarios, a fin de brindar el mayor número posible de años de la vida saludable, a un costo social y económicamente válido, tanto para el sistema como para los usuarios.

Asimismo, tratando de abarcar la perspectiva de los distintos actores sociales involucrados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a: “La Calidad de la atención en salud como la apropiada ejecución de intervenciones de garantizada seguridad que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición.

Por consiguiente, se puede entender que una atención de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorables en la salud.

#### *2.2.4.1. La calidad de atención en salud.*

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos paciente, prestador, asegurador o entidad rectora tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás,

hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora (Centro de Gestión Hospitalaria 2008)

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

El nivel de atención en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate (Millones 2010).

La atención en salud debe ser: efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente (Instituto de Medicina de los Estados Unidos et al. 2003)

*Efectividad.-* Esta dimensión pertenecen características como el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores, así como las habilidades para las relacionarse y comunicarse de los profesionales entre sí y con los pacientes, lo adecuado de la tecnología y, de manera muy importante, la forma en que los primeros interactúan con esta, para que la atención cumpla con su propósito. Dicho de otra manera, la atención dispensada debe apoyarse en evidencia científica, de forma tal que reciba todo aquel que pueda beneficiarse y se evite cuando es improbable que conlleve un beneficio.

*Oportunidad.-* Se refiere a que el paciente reciba la atención en el momento en que lo requiere, de acuerdo con su situación clínica.

*Seguridad.-* Toda intervención asistencial-preventiva, diagnóstica o terapéutica debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que pueden evitarse. Los pacientes no deben ser lesionados por los cuidados que pretenden ayudarlos.

*Eficiencia.-* El paciente debe recibir la atención que requiere, en el momento que la requiere y de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles. Los desperdicios deben evitarse, "incluyendo el de suministros, equipos, ideas y energía".

*Equidad.*- La atención no debe variar en efectividad, oportunidad, seguridad y eficiencia por características como sexo, raza, creencias religiosas, ideología política, ubicación geográfica o nivel socioeconómico.

### **2.2.5. LA GESTIÓN SANITARIA: LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS**

La gestión sanitaria desde el punto de vista de un Ministro de Sanidad (Cabo 1998), su principal objetivo podría ser que todo el mundo tenga accesibilidad a un sistema sanitario público, con el mayor número de prestaciones sanitarias posibles, en el menor tiempo de respuesta posible, y al menor coste (impuestos) para el usuario potencial y real.

Las organizaciones sanitarias, al igual que otras organizaciones, están formadas por elementos que interactúan entre sí. Pero existe una peculiaridad fundamental en el sector sanitario: es un servicio y, tiene una serie de características concretas que puede hacerlo diferente de otros productos:

- Los servicios son producidos y consumidos en el mismo momento.
- El servicio sanitario difícilmente se puede reprocesar o reciclar.
- El servicio difícilmente puede ser ensayado.
- Las deficiencias de calidad no pueden eliminarse antes de la ejecución.
- El servicio es intangible aunque involucre productos tangibles.
- Los servicios son personalizados y producidos por demanda.
- El servicio no puede ejecutarse antes de su entrega.

Todas estas peculiaridades hacen pensar que como primer esfuerzo, a la hora de gestionar, vamos a tener que poner una especial atención en la primera fase de la gestión de la calidad: la planificación.

En la prestación de servicios, la probabilidad de que el error no se pueda subsanar, o lo que es peor, que sea detectado por el usuario, es mucho mayor que en otros sectores, por lo que tendremos que luchar mucho para evitar estos hechos.

La gestión en el sector servicios y, más concretamente en el sector sanitario, es la variabilidad de los procesos y actividades, ya que las variables que rodean a nuestros productos son innumerables y en muchos casos impredecibles (Cabo 1998).

#### **2.2.6. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

Desde mediados de la década de los años setenta, los diversos factores que tuvieron un gran impacto en la situación de salud de la población fueron incorporados en el análisis sobre la denominación de *determinantes de la salud*. El informe (Lalonde 1974) identifica a la biología humana, el estilo de vida, el medioambiente (que incluye a aspectos físicos, químicos, biológicos, psicosociales, geográficos, entre otros), y el sistema de atención de salud. Posteriormente fueron denominadas como determinantes sociales, determinantes biológicos, ambientales y conductuales, y es innegable su rol en el análisis de la realidad sanitaria poblacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) constituye la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud<sup>1</sup>. A través de ella, la OMS ha centrado *“la atención en las ‘causas de las causas’, es decir, en la esencia de la jerarquía social del mundo y de cada país, y en las condiciones sociales que son producto de dicha jerarquía, que determinan la situación en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen”* (OMS 2008)<sup>2</sup>.

#### 2.2.6.1. El modelo de los determinantes sociales de la salud

La Comisión consideró que *“los factores estructurales y las circunstancias de vida, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”* (OMS 2008)<sup>3</sup>. Los determinantes sociales de la salud:

- El “contexto socioeconómico y político” incluye todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, como el mercado laboral, el sistema educativo, las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales.
- Los determinantes estructurales tienen su origen en las instituciones y mecanismos clave del contexto socioeconómico y político. Los

---

<sup>1</sup> La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) fue creada en marzo de 2005 por el Director General de la OMS, para acopiar datos para mejorar la salud, analizar las causas sociales de la falta de salud y de la inequidad sanitaria evitable, a fin de que ella esté distribuida de forma más justa en todo el mundo. Para promover un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos, presentó su informe final en el 2008.

<sup>2</sup> OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Capítulo 4, pág.42.

<sup>3</sup> OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final.

estratificadores estructurales más importantes y sus responsables más cercanos son ingresos, educación, ocupación, clase social, género y raza/etnia.

- Los determinantes sociales subyacentes de inequidades en salud operan a través de un conjunto de los determinantes intermediarios de salud para formar resultados en la salud de la población.
- Las categorías principales de los determinantes intermediarios de salud son las condiciones materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y/o biológicos, y el propio sistema de salud como un determinante social.

#### *2.2.6.2. Los determinantes sociales de la salud y el comportamiento de la demanda*

La situación de salud se va a expresar en las *Necesidades de Salud* (tanto las necesidades sentidas como las no percibidas por la población); y son las necesidades sentidas las que expresan y configuran la *demanda en Salud*. Dentro de los determinantes sociales de la salud está la calidad del sistema de atención de salud, que a su vez configura la *oferta en salud*.

Los servicios de salud públicos, la oferta de servicios termina adecuándose a la demanda, en su búsqueda por satisfacerla. La demanda de atención es la que guía a la oferta de servicios, porque ésta puede modificar muy poco a la demanda.

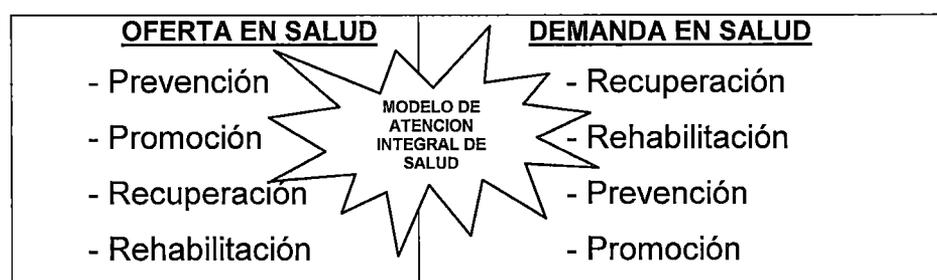
La demanda en salud es la expresión de las necesidades sanitarias de la población (esto es lo que la población entiende como sus prioridades), y son reflejo de la situación de salud.

Si los determinantes sociales de la salud influyen dramáticamente en la situación de salud de la población, entonces es evidente que la demanda en salud es condicionada y definida por los determinantes sociales.

### 2.2.6.3. *Los determinantes sociales de la salud y el comportamiento de la oferta*

Los modelos de atención en salud (cualquiera sea el modelo) no hacen otra cosa que establecer la relación entre la demanda en salud y la oferta en salud, y lo ideal es que en lo posible esa correlación sea satisfactoria.

Diferencias en el perfil de prioridades de la oferta de servicios y la demanda de atención de salud.



FUENTE: MINSA

### 2.2.7. *RECURSOS*

*Perspectiva de las intervenciones sanitarias:* los recursos (que aportan la estructura para producir dichas intervenciones), los servicios (en los que se materializan operativamente), y los resultados. Dado que los

recursos son en cierta forma inespecíficos, los servicios que se producen y no los recursos que los han producido (puede haber un hospital con más camas y plantilla que otro, pero que tenga una menor productividad en ingresos, consultas y urgencias atendidas) (Repullo 2002).

Una primera forma de abordar problemas relativos a recursos, surge del análisis geográfico de ubicación de los mismos. Los mapas sanitarios permiten identificar sobre un territorio los distintos tipos de recursos disponibles para la atención sanitaria, y objetivar las zonas de solapamiento y descubierto. La cartografía sanitaria se complementa con los mapas de isocronas, en los cuales se consideran con curvas de nivel las zonas de un territorio en función del tiempo de desplazamiento a un determinado centro sanitario, lo cual permite visualizar con claridad la variable “tiempo de desplazamiento”, que queda omitida en los mapas de recursos (que son mapas de distancias físicas). Además de la relación con la geografía, se pueden establecer sistemas de relación con la población, también llamados ratios de recursos/población (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales 1998).

Así, para casi todos los datos de recursos, puede hablarse de ratios poblacionales, siendo los más conocidos aquellos que relacionan la estructura institucional (camas hospitalarias), de recursos humanos (médicos o enfermeras) o equipos tecnológicos (quirófanos o TACs), por mil habitantes (Repullo 2002).

Existen diversas fuentes de información sobre recursos a nivel internacional; desde sistemas de información amplias como Ecosanté (de la Organización para el Desarrollo y Cooperación

La dificultad para establecer comparaciones sobre estos ratios, suele provenir tanto del *numerador* (recurso) como del *denominador* (población); en efecto, hay que tener cautela cuando comparamos recursos en diferentes países o regiones, pues no siempre (cama de hospital) tiene el mismo significado (agudos?, crónicos?, socio-sanitario?); o bien su relación con la población no es directa (puede que haya parte de la población que no pueda acceder a dicho recurso y sin embargo figure en el denominador); o también la población no sea homogénea entre los dos territorios (una zona más envejecida puede tener igual número de camas, pero al tener mayor necesidad tiene en realidad menos recursos ajustados a necesidad) (Repullo 2002).

#### 2.2.8. LA PRODUCTIVIDAD DE LOS RECURSOS

Los recursos disponibles en servicios producidos; los indicadores de actividad (tanto en atención primaria como en especializada) cumplen clásicamente este papel de evaluación del desempeño (Repullo 2002).

Una forma de medición directa de si los recursos se emplea en su máxima potencialidad, consiste en ver el grado o intensidad en que se emplean; así, la tasa de ocupación de las camas de un hospital, el índice de horas utilizadas de quirófanos, o las tasas de justificación de jornadas en el personal de acuerdo a estándares de tiempos en su actividad. Otra forma

de medición menos directa, consiste en analizar las actividades realizadas por un conjunto dado de recursos; los indicadores de actividad nos remiten a distintos tipos de productos; unos guardan relación con procesos auxiliares de la organización (kilos de ropa lavada, dietas producidas, etc); otros son claramente "inputs" del proceso asistencial (radiología, analítica, pruebas funcionales), y finalmente otros indicadores avanzan hacia su significación clínica como episodios de enfermedad asistidos (estancias, altas, consultas, urgencias, intervenciones, etc.).

La calidad de los servicios producidos, sería el tercer elemento de comparación, que plantea problemas adicionales a los que ya señalábamos en la comparación de actividad (cantidad). Por una parte, la calidad en los servicios sanitarios tiene dimensiones científico técnicas (buena práctica de procedimientos clínicos), relacionales (adecuada relación y diálogo con el paciente) e institucionales (acogida, trato), por otra parte, la calidad es compleja de medir y por lo tanto de comparar (Casas et al. 2001).

Los abordajes que se han hecho en el sector, han tenido enfoques internos de organización, como por ejemplo la constitución de comisiones clínicas ante temas importantes relacionados con la calidad (historias clínicas, tejidos y tumores, infecciones, mortalidad); también se ha planteado la estandarización de procesos, bien a través de normas ISO (en servicios centrales que tienden a mimetizar en mayor medida la producción industrial), o de protocolización de procesos frecuentes; además, se han buscado trazadores de resultados adversos que pueden ser indicativos de la calidad (infección nosocomial, reingresos, mortalidad en unidades o

procesos, quejas y reclamaciones); y finalmente, a través de las encuestas de satisfacción se ha buscado conocer la percepción de los pacientes del conjunto de la asistencia y trato recibido (Repullo 2002).

### *2.2.9. ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE*

La atención debe ser respetuosa de las preferencias, necesidades valores de los pacientes. Estos últimos deben quitar todas las decisiones clínicas.

Todas las dimensiones se sustentan en las competencias de los profesionales que prestan el servicio, es decir, en su idoneidad profesional y en sus calidades personales y humanas (Donabedian 2008).

La organización de salud que se comprometa con su comunidad a prestar servicios de alta calidad tiene que gestionar todas y cada una de las dimensiones de la calidad esbozadas y demostrar, mediante indicadores confiables, es decir, válidos y precisos, que la atención brindada a sus usuarios cumple con ser efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente, y que su equipo humano es competente (Yina 2011).

Por lo tanto en la actualidad se ha observado gran entusiasmo por parte de las instituciones de salud en la gestión de los procesos, debido a su importancia dentro de la organización de una institución (Reyes 1012).

Estos procesos deben ser:

- Efectivos: generando resultados anhelados.

- Eficientes: al minimizar los recursos utilizados.
- Adaptables: para poder adaptarlo a cada paciente, y al entorno.

#### *2.2.10. ORGANIZACIÓN SALUDABLE*

La organización como sistema se divide en los subsistemas: técnico, administrativo y humano o psicosocial, los que interactúan produciendo eficacia y salud (Faria 1983).

La interrelación entre los subsistemas permite inferir en el hecho de que la moral y el clima organizacional son elementos de la Salud Organizacional.

En una organización saludable, el ambiente de trabajo permite al trabajador utilizar plenamente todo su potencial. Esto implica no solo una gestión responsable de los riesgos para la salud y la seguridad, sino también una posibilidad para el trabajador de desarrollarse y crecer hasta su máximo potencial. Es esencial mantener un equilibrio adecuado con relación al clima laboral, formación, estilo de gestión, así como asegurar una comunicación, unos comportamientos y unas actitudes de apoyo en la organización. Esto requiere un trabajo de equipo y el asesoramiento de expertos en salud y seguridad laboral.

Criterios para determinar la salud organizacional (Bennís 1966), propone:

- a) *Adaptabilidad*: que se refiere a la habilidad para resolver los problemas que afronta la organización y para oponerse a las modificaciones en las demandas ambientales, con una actitud de flexibilidad
- b) *Sentido de identidad*: es la identificación de la organización con ella misma, conocimiento y comprensión, sobre cuáles son sus metas y lo que debe hacer.
- c) *Capacidad para percibir la realidad*: habilidad para procurar conocer, percibir con exactitud e interpretar correctamente las condiciones reales del medio externo e interno, principalmente las relevantes para el funcionamiento de la organización.

Por su parte Shein propone un cuarto parámetro:

- d) *Estado de integración*, el cual se refiere al grado de armonía e integración sobre los subsistemas de la organización total, de tal manera que no funcione con fines diferentes no convergentes.

#### *Creación de una organización saludable*

Al especificar el radio de acción de cada uno de los subsistemas de la organización, explica que el subsistema técnico administrativo tiene su influencia en el área formal de la organización, mientras que el subsistema humano actúa en el área informal de esta razón por lo cual tradicionalmente ha sido descuidado hasta que sus consecuencias son tan graves que afecta la totalidad de la empresa (Faria 1983).

En el área formal entran las metas, finanzas, proceso administrativo, tareas, informaciones, normas, etc. Mientras que el segundo involucra:

necesidades humanas del individuo y grupo, motivaciones, aspiraciones, valores, intereses, actitudes, percepciones, sentimientos, emociones, expectativas, moral, estilo personal, comunicación, organización informal, cultura organizacional, creencias, valores, normas informales existentes en la organización, etc,

Para explicar la razón por la que los aspectos informales son descuidados, Faria utiliza un Iceberg organizacional. Este esquema pone en evidencia que el área informal representa la parte "invisible" de la organización, razón por la que se descuida, pero a pesar de ello es la que proporcionalmente ocupa el mayor porcentaje de la masa del iceberg y que consecuentemente puede ser estudiada, a fin de evitar el resurgimiento de crisis y conflictos en la organización.

Para crear y mantener una organización saludable, se debe disponer de los tres siguientes elementos básicos:

- buenas condiciones de trabajo
- clima laboral de apoyo
- trabajadores sanos

*Condiciones de trabajo.*- Para conseguir unas condiciones de trabajo seguras y saludables, deben ponerse en práctica los siguientes procesos:

- Evaluación de riesgos: debe existir un listado de los riesgos para la salud y la seguridad, así como las correspondientes medidas de control.

- seguridad: de los puestos de trabajo, herramientas y procedimientos de trabajo.
- Higiene industrial: un ambiente de trabajo limpio, con baja exposición a sustancias químicas, ruido y otros factores de riesgo.
- Entorno psicosocial: un buen clima laboral, comunicación y estilo directivo
- Comunicación: claridad sobre los objetivos y metas, cambios y resultados
- Ergonomía y mejora del puesto de trabajo.
- Conciliación de la vida laboral y personal: una carga de trabajo razonable que no afecte negativamente la calidad de vida del trabajador.

*Clima laboral.*- Es de vital importancia conseguir un clima laboral sano. Ello requiere:

- una cultura empresarial basada en los valores.
- Implicación de la dirección: políticas activas y transparentes y un liderazgo ejemplar.
- Estilo directivo: debe ser estimulante e inspirador.
- Gestión de los recursos humanos: debe ser activa, permitiendo a los trabajadores utilizar al máximo su potencial, debe influir en el proceso de toma de decisiones a nivel directivo.
- Desarrollo de la cultura empresarial: deben verificarse regularmente las prácticas de gestión, la satisfacción y el bienestar de los trabajadores, por ejemplo a través de encuestas a los trabajadores.

*Trabajadores sanos.*- Los trabajadores también tienen una alta responsabilidad sobre su propia salud. Los siguientes puntos contribuyen a conseguir una mayor salud de los trabajadores:

- Trabajo y estilo de vida saludables: conciliación de la vida laboral y personal, nutrición, abandono del tabaquismo, no consumo de drogas, consumo controlado de alcohol, deporte y ejercicio.
- Vigilancia de la salud: enfocada a los riesgos para la salud.
- Consejo y apoyo: relaciones, consejo sobre trabajo y salud, intervenciones, derivación a especialistas, programas de asistencia a los trabajadores.
- Gestión del absentismo: consejo, intervención, derivación a especialistas para el tratamiento, rehabilitación.
- Conocimiento de los riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo.
- Prácticas de trabajo seguras.

### *2.2.11. CLIMA ORGANIZACIONAL*

Es un cambio temporal en la actitud de las personas con respecto al ambiente organizacional que los rodea, estén o no acostumbrados a éste. El clima organizacional se define como un conjunto de propiedades o características del ambiente interno laboral, la conducta del empleado.

¿Qué influye sobre el clima organizacional?

- Pueden haber cambios positivos y negativos.
- Alteración de las condiciones económicas.

- Competencia.
- Cambio de líderes.
- Reestructuración, reducción y capacitación.

El clima organizacional es la percepción que el individuo tiene de la organización para la cual labora, y la opinión que se haya formado de ella en términos de autonomía, estructura, motivación, consideración, cordialidad, apoyo y descentralización. También se puede inferir que el clima se refiere al ambiente de trabajo propio de la organización. Dicho ambiente ejerce influencia directa en la conducta y el comportamiento de sus miembros (VALVERDE 2001). En tal sentido se puede afirmar que el clima organizacional es el reflejo de los valores culturales más profundos de la organización. En este mismo orden de ideas es pertinente señalar que determina la forma en que el trabajador percibe su trabajo, su rendimiento, su productividad y satisfacción en la labor que desempeña. El clima solo puede ser percibido, no se toca ni se ve, pero cuenta con una existencia real que afecta todo lo que ocurre dentro de la organización y a su vez se ve afectado por casi todo lo que sucede en ésta. Una organización tiende a atraer y conservar a las personas que se adaptan a su clima.

#### *Características del clima organizacional*

Las características del sistema organizacional generan un determinado clima que repercute sobre las motivaciones de los miembros de la organización y sobre su correspondiente comportamiento. Este comportamiento tiene obviamente una gran variedad de consecuencias para

la organización. Existen nueve dimensiones que explican el clima existente en una determinada empresa. Cada una de estas dimensiones se relaciona con ciertas propiedades de la organización, se citan:

- Estructura: Representa la percepción que tienen los miembros de la organización.
- Responsabilidad: Autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo.
- Recompensa: Trabajo bien realizado.
- Desafío: Corresponde al sentimiento que tienen los miembros de la organización acerca de los desafíos que impone el trabajo.
- Relaciones: Es la percepción por parte de los miembros acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares como entre jefes y subordinados.
- Cooperación: Existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos, y de otros empleados del grupo.
- Estándares: Énfasis que ponen las organizaciones sobre las normas de rendimiento.
- Identidad: Elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, es la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.

#### *2.2.12. DESARROLLO DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS*

El desarrollo de personal tiene finalidades principales como: el mejor aprovechamiento de los recursos humanos de la empresa; esto quiere decir

básicamente ubicar el personal de acuerdo a sus aptitudes. La aptitud de hacer algo suele traer con sí el deseo de hacerlo con lo que se tiende a poner en cada puesto a la persona que tiene aptitudes y desea desempeñar ese puesto. También es el resultado acumulado de las interacciones diarias entre el administrador y el trabajador (Mondy, R. et al. 1997). Es un proceso continuo que se realiza durante un largo período de tiempo. El actor más importante es desarrollar la capacidad del personal creando un entorno en el que se logre la cooperación, comunicación y un intercambio abierto de ideas. Para esto los administradores deben considerar a los empleados como el recurso más valioso del programa e invertir en ellos, proporcionándoles continuamente oportunidades para mejorar sus habilidades.

Los administradores tienen un gran número de oportunidades para mejorar el desempeño, motivación y habilidad del personal mediante técnicas de desarrollo dentro y fuera del trabajo. Estas técnicas incluyen:

- Ampliar las responsabilidades del personal mediante una delegación y supervisión efectivas.
- Incrementar la participación de los empleados en la toma de decisiones en áreas que afecten su trabajo y dar el reconocimiento apropiado a su contribución.
- Alentar las iniciativas y sugerencias individuales para mejorar el desempeño del programa.
- Proporcionar retroalimentación frecuente y positiva para desempeñar nuevas responsabilidades.

- Establecer un programa para la promoción de los empleados como parte del paquete de beneficios de la organización.
- Utilizar la interacción diaria con el personal y reuniones para impartir y compartir nuevos conocimientos y experiencias. Permitir a los empleados asistir a cursos, seminarios, congresos.

### 2.2.13. NIVELES DE ATENCIÓN

Los Niveles de Atención en la Salud se definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos. Esta definición parte de la necesidad del estado de disminuir los recursos que en verdad se deben utilizar y destinar a la parte más importante en una sociedad que es la salud, ya que presumen que la mayoría de la población tiene necesidades de salud de muy baja complejidad; y en esto se apoyan para solo invertir organismos de baja calidad y así no destinar todos los recursos (Vicente y Pérez 2007).

Los Niveles de Atención (Hicler 2009), se clasifican así:

*Primer nivel de atención:* Es un nivel de baja complejidad, su principal objetivo es prestar los servicios en una forma inmediata y cerca a la población, contribuyendo al control ambiental, los que conforman este nivel son: Médicos Generales, Odontólogos, Nutricionistas, Sicólogos, Optómetras, Promotores y Tecnólogos. Ejemplos de primer nivel de atención son los centros de salud y brigadas de salud.

*Segundo nivel de atención:* Son organismos de salud con profesionales más especializados, que no solamente atienden a individuos del lugar si no que también a los de sus alrededores. Ofrecen servicios de primer nivel pero además consulta externa, urgencias institucionales y comunitarias, partos, hospitalización, cirugías de baja severidad, laboratorio, electro diagnóstico, rehabilitación, farmacia, todo en atención media.

*Tercer nivel de atención:* Resuelve los problemas de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad (como trasplantes, cirugía de corazón abierto), profesionales con especialización, cuidados intensivos.

*Cuarto nivel de atención:* Alta complejidad, profesionales con sub especialización realizan trasplantes, desarrollan programas investigativos, cuidados intensivos (UCI), centros especializados en cada área.

#### **2.2.14. ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL SECTOR SALUD**

Cuando los recursos son limitados y la demanda supera a la oferta, la asignación se convierte en un problema. ¿Cómo resuelve dicho problema depende en gran medida de la naturaleza de los propios recursos. Cuando los recursos se entenderán los bienes sociales, el reparto podrá proceder en términos de competencia entre los individuos sobre la base de las fortalezas relativas de sus derechos en conflicto, o en forma global mediante la evaluación de que la distribución sería (probablemente) producen la mayor cantidad de bien para el mayor número de personas. Cuando los recursos se entenderán los productos básicos, el problema de la asignación asume

una orientación diferente. Las nociones de los derechos concurrentes o de maximizar la buena caída agregada de la imagen y la economía ocupan su lugar. En el nivel micro, la asignación se resuelve entonces sobre la base de la capacidad de pago, en el nivel macro, la pregunta es si la estructura económica que rige la relación costo / precio de los productos básicos es suficientemente sólido como para permitir la supervivencia de la empresa económica que está asociada con la producción y venta de las mercancías en cuestión.

Estas consideraciones se aplican a la salud tanto como lo hacen con cualquier otra cosa. Los recursos sanitarios, ya sea entendido en el material o en términos humanos, están limitadas, ni esto es una función de cómo se entrega la salud. El hecho de limitación es inherente a la condición humana. Ya sea que la asistencia sanitaria se entregan en un privado o en público e incluso en una mezcla de ambos - el número de personas capaces de prestar la atención es siempre limitado porque no todo el mundo puede ser un profesional de la salud (e incluso profesionales de la salud puede enfermarse y requieren atención, lo que hace que no estén disponibles como proveedores de atención médica). La cantidad de recursos siempre será limitado porque hay un límite para el número de instalaciones que pueden ser construidos, el número de instrumentos que se pueden fabricar, o el número de órganos, la cantidad de sangre, etc, que estará disponible. La demanda de recursos sanitarios, por lo tanto, será siempre y necesariamente superior a la oferta. Eso significa que la limitación no es un artefacto, y que habrá siempre un problema de asignación.

Los recursos *sanitarios*, desde una perspectiva de proceso, son los profesionales de la salud que se desempeñan como guardianes de los recursos materiales que son difíciles de obtener. Son, por así decirlo, el cuello de botella en el acceso y sistemas de distribución. Es por eso que su funcionamiento determina lo que dan forma a la cuestión de la asignación de recursos en última instancia, va a tomar. (MedGenMed 2007).

Los mecanismos de asignación financiera en salud constituyen los lineamientos normativos, legislativos y criterios técnicos que permiten proponer una distribución de montos de financiamiento para la producción de los servicios de atención médica, así como para cambios en las políticas de ajuste del financiamiento (Sassi 2001, Bossert 1998). El análisis se refiere a los criterios técnicos (clínicos, epidemiológicos, administrativos o económicos) en los que se basa la asignación de recursos a partir de la descentralización Arredondo et al. 2003).

#### *2.2.15. LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.*

En los años 90 se profundizó la tendencia, que venía de atrás, a la multiplicación de universidades con facultades de carreras de salud, lo que ha producido hasta ahora un dislocamiento entre la oferta de egresados y la demanda de profesionales de salud por los servicios públicos y privados. A fines de los 90 se comenzó a implementar políticas tendientes a retomar la regulación de la formación universitaria y técnica, con la acreditación universitaria y certificación profesional, y ahora último, con la definición de perfiles para las plazas del SERUM y de especialistas, lo que debe impactar en la formación universitaria. (Arroyo, et. al 2011).

a. Formación de Pre-grado en salud: amplia oferta y desregulación de la formación de recursos humanos en salud.

Según el INEI (2009), hay 30 universidades que ofrecen la carrera de medicina y 49 de enfermería. Además, aproximadamente la mitad de las universidades de estas dos profesiones son públicas: 16 de medicina y 25 de enfermería.

A pesar de que la creación de nuevas universidades se ha desacelerado un poco (tal vez debido a legislación nueva que reglamentan su creación, acreditación y funcionamiento), hubo un aumento mayor en el número de universidades privadas que públicas para las cuatro principales carreras de la salud: medicina, enfermería, obstetricia y odontología.

#### CUADRO 1

##### PERÚ: NÚMERO DE CARRERAS PROFESIONALES EN SALUD POR ESPECIALIDAD

Carreras	Total		Universidades Públicas		Universidades Privadas	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Profesionales	42	49	23	25	19	24
Enfermería	28	30	16	16	12	14
Medicina Humana	25	29	10	12	15	17
Obstetricia	21	25	10	10	11	15
Odontología						

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2009

## b. La formación de Especialistas en Salud.

Las plazas del residentado médico son financiadas por el Ministerio de Salud (55,4% del total), ESSALUD (23,7%) la Sanidad de la Sanidades (20,1%) y otros (0,9%). En comparación con el último Informe al país, el MINSA financia actualmente un porcentaje menor de plazas mientras ESSALUD financia más. Las mismas instituciones otorgan los campos clínicos.

El total de plazas de residentado médico para el 2009 fue de 1926, prácticamente 1000 vacantes más que en 2004, cuando hubo 936 vacantes. Del 2000 al 2003 la tendencia fue creciente, aumentando en ese periodo en 34%. Hubo el año 2004 un descenso de 14.8% respecto al 2003, con crecimiento en 2 años subsecuentes y otro descenso en 2006. De este año hasta el 2009, el 2008 fue el año en que hubieron mas vacantes para el residentado médico, con 2240 vacantes.

La mayor cantidad de plazas de residentado médico están en las universidades de Lima, superando el 80% de las mismas. Son seis universidades en provincias y cuatro en Lima las que ofrecen el residentado médico. Por ello, Lima concentra la mayor cantidad de sedes docentes para la realización de la actividad clínica indispensable en la especialización médica.

Por otro lado, las tres especialidades con mayor número de ingresantes son ginecología y obstetricia, pediatría y anestesiología, con respectivamente 9,2%, 8,2% y 6,6% del total de ingresantes.

CUADRO 2

PERÚ: ESPECIALIDADES OFERTADAS PARA EL RESIDENTADO  
MÉDICO

ESPECIALIDAD	Plazas	%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	67	9,2 %
PEDIATRIA	67	9,2 %
ANESTESIOLOGIA	48	6,6 %
CIRUGIA GENERAL	45	6,2 %
MEDICINA INTERNA	44	6,0 %
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	39	5,3 %
RADIOLOGIA	31	4,2 %
OFTALMOLOGIA	24	3,3 %
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	24	3,3 %
CARDIOLOGIA	23	3,2 %
GASTROENTEROLOGIA	23	3,2 %
MEDICINA INTENSIVA	18	2,5 %
PATOLOGIA CLINICA	16	2,2 %
MEDICINA DE EMERGENCIA Y DESASTRES	14	1,9 %
ADMINISTRACION Y GESTION EN SALUD	13	1,8 %
MEDICINA ONCOLOGICA	13	1,8 %
NEFROLOGIA	13	1,8 %
NEUROLOGIA	13	1,8 %
PSIQUIATRIA	13	1,8 %
GERIATRIA	12	1,6 %
UROLOGIA	12	1,6 %
NEONATOLOGIA	11	1,5 %
ANATOMIA PATOLOGICA	10	1,4 %
CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR	10	1,4 %
DERMATOLOGIA	10	1,4 %
O UTROS	117	16 %
TOTAL	730	100 %

Fuente: MINSA 2010

c. La formación de Técnicos en Salud.

En los últimos años los Institutos Superiores Tecnológicos (ISTs) no han sufrido cambios significativos. Hay actualmente 1076 ISTs registrados a nivel nacional, o sea, 134 más que en 2004, de los cuales 67.8% son privados (apenas 0.4% más que en el 2004).

De todos los ISTs, 549 se encuentran funcionando regularmente (58.2%). El Ministerio de Educación (MINEDU), a través de la Dirección de Educación Secundaria y Superior Tecnológica (DINESST), hace desde noviembre de 2003 la revalidación de los ISTs mediante una revisión de la documentación presentada y visitas de verificación a las instalaciones de cada IST. Hay actualmente 604 ISTs revalidados, 56% del total, lo que a pesar de ser poco, ya es mucho más que los 7.4% que se clasificaron como revalidados en la fecha del último Informe al País.

Los ISTs ofrecen 175 carreras técnicas, de las cuales diez están vinculadas a las ciencias de la salud (5.7%).

Por otro lado, 372 (39%) de los 942 Institutos Superiores Tecnológicos ofrecen carreras técnicas en salud.

Las carreras técnicas en salud que más se ofertan son enfermería técnica (38.6%), técnica en farmacia (8.4%), técnica en laboratorio (7.9%) y prótesis dental (7.7%).

Enfermería técnica es la carrera más frecuente a nivel nacional y posee una fuerte demanda social por los egresados de los estudios secundarios.

En cuanto a la distribución departamental de la oferta de formación de técnicos de enfermería, Lima concentra la mayor oferta (17%), que sumada a la de Piura, La Libertad, Ancash, Lambayeque y Puno concentran al 53.6% de toda la oferta de carreras en enfermería técnica. En el caso de Laboratorio Clínico, Lima (41.9%) también concentra la mayor oferta.

#### *2.2.16. REMUNERACIONES DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD.*

Al observar los datos de remuneraciones en los dos prestadores de servicios más importantes (EsSalud y MINSA) se pueden percibir dos tipos de inequidades:

Intrainstitucionales (diferencias remunerativas entre las distintas categorías) e interinstitucionales. A su vez, las inequidades intrainstitucionales son de varios tipos, pues dentro de las mismas categorías hay diferencias, que dependen de los niveles de los establecimientos donde laboran los recursos humanos. (Arroyo, Hartz y Lau 2011).

En primer lugar, si se comparan los montos anualizados de remuneraciones entre los profesionales de MINSA y EsSalud se observa que es la segunda quien está por encima a nivel general. El MINSA solo supera a EsSalud, por diferencias mínimas, en los dos primeros niveles de

establecimientos para el caso de los médicos. Por tanto, las diferencias entre instituciones, a favor de EsSalud, se mantienen desde lo reportado en el informe pasado en el año 2005. Si se comparan las categorías profesionales que se han tomado en cuenta (médicos, enfermeras, obstétricas y odontólogos) se observa que las diferencias de remuneraciones más considerables no están en el grupo de los médicos, sino en el resto de las categorías mencionadas. Esta diferencias llegan a superar los 19 mil soles anuales entre una y otra institución.

### CUADRO 3

#### PERÚ: COMPARATIVO ANUALIZADO DE REMUNERACIONES ENTRE PERSONAL ESSALUD Y MINSA CENTRAL SEGÚN CARGOS Y NIVELES

CATEGORIA	CLASIFICACION	NIVEL EsSalud	NIVEL MINSA	TOTAL EsSalud	TOTAL MINSA	DIFERENCIAS
Médico	PROF 1	5	N5	62,500.00	60,490.08	2,009.92
		4	N4	59,764.00	58,438.32	1,325.68
		3	N3	57,044.00	56,400.48	643.52
		2	N2	54,324.00	54,343.56	-19.56
		1	N1	51,588.00	52,308.36	-720.36
Enfermería	PROF 2	5	V	50,500.00	30,986.52	19,513.48
		4	IV	46,900.00	30,772.32	16,127.68
		3	III	43,300.00	30,655.80	12,644.20
		2	II	39,700.00	30,501.36	9,198.64
		1	I	36,100.00	30,363.96	5,736.04
Obstetríz	PROF 2	5	V	50,500.00	30,986.52	19,513.48
		4	IV	46,900.00	30,772.32	16,127.68
		3	III	43,300.00	30,656.16	12,643.84
		2	II	39,700.00	30,501.36	9,198.64
		1	I	36,100.00	30,363.96	5,736.04
Odontólogos	PROF 2	5	V	50,500.00	30,986.40	19,513.60
		4	IV	48,580.00	30,772.32	17,807.68
		3	III	46,980.00	30,655.80	16,324.20
		2	II	45,380.00	30,501.36	14,878.64
		1	I	43,300.00	30,363.96	12,936.04

Fuente: MINSA. Recopilación, procesamiento y análisis de las remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos por carreras u ocupación, por departamento, MINSA- EsSalud (2009)

Por otro lado, las diferencias entre instituciones se evidencian como considerables, no solo entre las distintas profesiones, sino dentro de ellas mismas, pues estas se condicionan a los regímenes por los que se han establecido los vínculos laborales y a los beneficios que cada uno de estos regímenes contemplan. Así, para el caso del MINSA se evidencia que para aquellos profesionales que se encuentran bajo el régimen D.LEG. 276 el promedio del monto anualizado de sus remuneraciones, bonificaciones e incentivos más que duplican a aquellos profesionales que tienen un vínculo laboral bajo el Régimen Especial de Contrato

Administrativo de Servicios (RECAS) o que laboran en los CLAS. Es más, también hay diferencias, aunque no tan alarmantes como la ya mencionada, entre aquellos profesionales con RECAS y los que laboran en los CLAS.

Vale mencionar que, al contrario de lo que se encontró al comparar las remuneraciones entre EsSalud y MINSA, las grandes diferencias remunerativas están en la población de médicos, mientras que en las otras categorías profesionales las diferencias existen aunque no tan acentuadas.

#### *2.2.17. ATENCION DE CALIDAD*

La aplicación del nuevo modelo ha de permitir que la población tenga acceso a una atención de calidad caracterizada por:

- Personal capacitado y actualizado.
- Atención no discriminatoria por razones sociales, culturales, todos reciben un trato igualitario.

- Atención oportuna.
- Atención periódica y seguimiento a las personas desde el nacimiento hasta la edad adulta.
- Las actividades deben tener impacto social.
- La atención al paciente no termina con la entrega de una receta sino el seguimiento.
- Unidades de auditorías médicas y equipos de monitoreo de la calidad velarán por el avance del proceso de calidad.
- Los establecimientos monitorearán permanentemente la opinión de los usuarios a través de encuestas, libros de quejas y sugerencias. Se premiará a los establecimientos que realizan actividades de calidad.
- Servicios de salud hacen cumplir el reglamento de control a los servicios privados, reglamento de establecimientos, acreditación.

La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar (Castaño 2005). Este hecho contribuye a la dificultad de medir la calidad, situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, perecibilidad e inseparabilidad de los servicios de salud.

### 2.3. MARCO REFERENCIAL

ALESSO (2006), señala que Habitualmente, la problemática de la atención sanitaria es abordada enfocando el análisis sobre unidades de gestión tanto a nivel macro de financiación (Ministerios, Obras Sociales, etc.) como a nivel micro de prestación (hospitales, sanatorios, clínicas, centros de diagnóstico, etc.). Ahora bien, las

redes de prestadores médico-asistenciales procuran combinar y coordinar el desempeño de profesionales e instituciones en diversos puntos geográficos.

DONABEDIAN (2000), enfatiza que la calidad de atención es la propiedad de la atención médica que consiste en obtener los mayores beneficios, con los menores riesgos para los pacientes, donde los mayores beneficios se definen en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención, de acuerdo con los valores sociales imperantes.

FLORES (2006), señala que la administración de recursos humanos y administración de compras de insumos y medicamentos no son suficientes para cubrir con las expectativas y necesidades crecientes de bienes y servicios de salud, pues parte de los aumentos son para cubrir salarios. También señala el objetivo final será siempre que la población tenga asegurado un mecanismo de asignación transparente y equitativo de asignación de recursos.

JIMÉNEZ (1998), señala que la actual situación de salud obliga a aumentar la eficiencia y efectividad de los servicios de salud. En ese sentido, es importante el análisis de la situación de salud y la toma de decisiones, también fundamenta procesos de gerencia estratégica en salud, que tiendan a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población con una mejor asignación de recursos financieros y humanos.

FERNÁNDEZ (1987), describe distintas técnicas de evaluación de la calidad según la condición que se tome en cuenta: origen, momento de realización, enfoque conceptual de evaluación, tipo de técnicas, validez de resultados, participación de personas involucradas, base que sustenta los juicios y categoría de fenómenos a estudiar.

DONABEDIAN (1993). Señala el grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".

DONABEDIAN (1996). Define que el sistema de incentivos para garantía de la calidad "el sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores".

ROYDER y ANGELONI (2007). Señala que "la calidad en los servicios es un concepto estrechamente ligado a la prestación de los servicios de salud, tanto desde el punto de vista de recursos humanos como de estructura y procedimientos"

VERA (2009). Señala que los niveles de atención es un conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de la OMS, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.

BRONFMAN (1997) sostiene "Cómo la vocación de curar aparece como "incuestionable" en la investidura profesional del médico y se convierte en una condición suficiente, desde la perspectiva de muchos médicos, para garantizar la calidad de la atención". Acompañando a la vocación de servicio, también son mencionadas otras cualidades y acciones: la buena atención de la salud de los pacientes, la amabilidad en el trato. (Outlook 1999)<sup>4</sup>.

HALL (1996). Señala que el clima organizacional se define como un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directamente o indirectamente por los empleados que se supone son una fuerza que influye en la conducta del empleado.

CEREZO (1997), señala que, para evaluar la calidad de un servicio se utilizan técnicas como la entrevista a grupos de opinión, entrevista personal, encuestas, monitoreo por teléfono, grupo de quejas, comentarios, etc. Existen tres modelos que proponen que la calidad percibida de un servicio, es el resultado de una comparación, entre las expectativas del usuario y las cualidades del servicio.

- El modelo de Passer, Olsen y Wyckoff (1978), considera que el consumidor traduce sus expectativas en atributos ligados tanto al servicio base (el por qué de la existencia de la empresa) y a los servicios periféricos.

---

<sup>4</sup> Los administradores de programas y las personas a cargo de dictar las políticas concuerdan cada vez más en que el éxito de los programas de salud reproductiva radica principalmente en que los usuarios perciban que sus necesidades son satisfechas y que reciben un trato amable.

- El modelo Gronross (1984), propone tres fases que determinan la calidad de un servicio,
  - a) La calidad técnica, basada sobre las características inherentes al servicio (horario de apertura, rapidez de paso por caja, gran surtido, etc).
  - b) La calidad funcional, que es la forma en que el servicio es prestado.
  - c) la imagen de la empresa que percibe el usuario, basada en sus experiencias pasadas (resultante de los anteriores factores).
  
- El modelo Parasuraman, Zeithamly y Berry (1985), refiere que la calidad puede ser definida como la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones. Mientras las percepciones sean mejores que las expectativas, será más alto el nivel de calidad percibida del servicio; mientras las percepciones sean peores que las expectativas, será mas bajo el nivel de calidad percibida del servicio. Este modelo se encuadra en diez dimensiones potenciales: aspectos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, comunicación, credibilidad, reserva, competencia, cortesía, seguridad, accesibilidad, conocimiento del consumidor.

BROW y MOBERG (1990). Manifiestan que el clima se refiere a una serie de características del medio ambiente interno organizacional tal y como o perciben los miembros de esta.

### Primer nivel:

- Se atiende más o menos el 70-80% de la población.
- La severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos.
- Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

### Funciones:

- Creación y protección de entornos saludables
- Fomento de estilos de vida saludables
- Prevención de riesgos y daños
- Recuperación de la salud
- Análisis de la situación local, encuestas.

## 2.4. MARCO CONCEPTUAL

La calidad se define como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. La calidad no es una cualidad absoluta, presenta algún grado de subjetividad y de relatividad. (Diccionario de la Real Academia Española XXI Edición 1998).

La calidad de atención en salud es, asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mismo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Organización Mundial de la Salud 1980). También describen parámetros que se deben incluir tanto a nivel de usuarios como de los prestadores de salud, entre los cuales están:

#### A nivel usuario

- Tener información sobre ventajas y riesgos de las intervenciones.
- Tener acceso a sistema de provisión de servicios sin importar su situación económica, status social, creencias religiosas, estado civil, ubicación geográfica o característica que los haga parte de un grupo determinado.
- Tener derecho a decidir de manera autónoma e informada.
- Tener privacidad de atención.
- Derecho a la confidencialidad
- Derecho a un trato digno
- Derecho a instalaciones adecuadas.
- A tener continuidad en la atención (referencia y seguimiento son dos aspectos muy importantes de este derecho)
- A opinara y sugerir cambios o mejoras

#### A nivel de los prestadores de los servicios de salud

- Capacitación, información, destreza y conocimiento para llevar a cabo sus tareas.
- Contar con infraestructura e insumos adecuados
- Orientación técnica.
- Apoyo, saber que se es parte de una estructura organizada más amplia que los apoya en sus tareas.
- Respeto por parte de autoridades, otros integrantes del equipo, usuarios.
- Reconocimiento.
- Retroalimentación, recibir críticas constructivas de superiores, compañeros y usuarios para mejorar de manera sostenida su desempeño.
- Participar, posibilidad de que sus opiniones y sugerencias sean escuchadas para mejorar la calidad del servicio.

*Atención en salud:* Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud (Estrella y Narváez 2009).

*Calidad de atención:* se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede esperar. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos (Soares 2006).

Dimensiones en la calidad de atención (Márquez et al. 1993), en su artículo Calidad de Atención en los Servicios de Salud describe:

- Dimensión técnica: aplicación de la ciencia y tecnología de salud, incluye que el prestador de servicios de salud, cuente con conocimiento y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente.
- Dimensión interpersonal: interacción social, que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios de salud, la actividad de atención, el respeto y la cordialidad mutua.
- Dimensión de infraestructura: incluye las características del lugar, condiciones físicas de limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.

También describen los elementos de los cuales depende dicha calidad:

- Disponibilidad y oferta de insumos: la calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente. Información al cliente: calidad es responder a la necesidad del cliente. El primer paso al atender a un cliente es que debe ser escuchado para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo. Es mejor dar una información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud.
- Capacidad técnica del prestador de servicios: la capacidad técnica abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud. También

incluye la existencia de normas, protocolos y asepsia para prestar estos servicios. La falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones y/o complicaciones.

Existen muchas maneras de mejorar la calidad de atención, entre ellas:

- Disminuyendo el tiempo de espera.
- Ofreciendo diversidad de servicios de salud
- Haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente durante su visita.
- Brindándole atención y dedicando el tiempo necesario para aclarar sus dudas.

*Beneficiario y/o usuario:* es quien goza del derecho de requerir atención médico-asistencial para la prevención o el tratamiento de enfermedades.

*Cobertura:* Es la oferta eficaz y organizada de acciones que aseguran el acceso a servicios de salud de buena calidad a todos los integrantes de una población específica, atendiendo a sus necesidades socioculturales y ambientales (OMS 2000).

*Clima organizacional:* Grado en el que el entorno es favorable o desfavorable para las personas que integran la organización. Constituye la atmósfera psicológica característica que existe en cada organización. (Goncalves 1997).

*Eficacia:* Grado de optimización en que una persona (servidor público) organización, programa, proyecto, actividad o función logra los objetivos

previstos en sus políticas, las metas operativas establecidas y otros logros esperados (Beltrán 2000).

*Eficiencia:* El Indicador de Eficiencia relaciona dos variables, permitiendo mostrar la optimización de los insumos (entendiéndose como la mejor combinación y la menor utilización de recursos para producir bienes y servicios) empleados para el cumplimiento de las Metas Presupuestarias (Beltrán 2000).

*Equidad:* Es el derecho que tienen las personas a satisfacción de bienes y servicios sociales independientemente de su condición social o económica (Beltrán 2000).

*Desempeño laboral:* La evaluación del desempeño se convierte en las distintas organizaciones en los indicadores objetivos que facilita a los jefes o a los comités evaluadores la revisión de factores de desempeño, su calificación y certificación (Pereda 1999)

*Gestión en salud:* Se refiere al proceso que realiza una entidad de salud para hacer que las cosas se den, a través del uso de herramientas gerenciales con armonía, creatividad, disciplina, flexibilidad y capacidad de negociación entre los actores, para asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas (Méndez 1993).

*Gestión gerencial:* Los gerentes realizan cinco actividades básicas: planificación, organización, motivación, administración de recursos humanos y control (Céspedes et al. 2003)

*Infraestructura:* conjunto de elementos o servicios que están considerados como necesarios para que una organización pueda funcionar o bien para que una actividad se desarrolle efectivamente (Sanso 2001).

*Nivel de atención:* La atención es la capacidad mental para fijarse en uno o varios aspectos de la realidad y prescindir de los restantes (APRISABAC 2009).

*Recursos Humanos:* También conocido como Potencial Humano o activo humano, hace referencia al conjunto de trabajadores, empleados o personal que conforma un negocio o empresa (Castillo 2008).

*Vocación de servicio:* Implicaría la utilización de nuestra capacidad, esfuerzo e inteligencia para poner en evidencia esa propensión a ayudar a otros. (Arias 1991).

## CAPITULO III

### METODOLOGIA

#### 3.1. NIVELES Y DIMENSIONES DE ANÁLISIS

- a) *Nivel de investigación.*- nuestra investigación se desarrolla a nivel explicativo.

El método **analítico** es aquel que nos permitirá analizar los hechos y fenómenos particulares. El método **deductivo** parte de verdades generales preestablecidas para inferir de ellas conclusiones respecto de casos particulares el cual establece conclusiones lógicas.

- b) *Dimensiones de investigación.*- Se priorizó las siguientes dimensiones: Social, económico y político.

#### 3.2. UNIDADES DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN:

- a) *Unidades de análisis.*- Centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud 2009.
- b) *Unidades de observación.*- La unidad de observación está conformado por los servidores de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud 2009.

### 3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Según los informes estadísticos de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud, el total de trabajadores es de 362.

Se utilizó la fórmula: Población finita<sup>5</sup>.

$$n = \frac{Z^2 p * q * N}{e^2 (N - 1) + Z^2 p * q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

N: 362 Población o universo de la red asistencial EsSalud Juliaca

Z : 1.96 nivel de confianza al 95% de confiabilidad.

p : 0.5 probabilidad a favor.

q : 0.5 probabilidad en contra.

e : 0.05 error muestral (5% estimación de la red asistencial Juliaca – EsSalud)

$$n = \frac{(1,96)^2 * (0,5) * (0,5) * (362)}{(0,05)^2 * (362 - 1) + (1,96)^2 * (0,5) * (0,5)}$$

**n = 186**

---

<sup>5</sup> Por ser un estudio con contenido cualitativo se ha optado un tamaño de muestra proporcional óptima, determinando la probabilidad de éxito o fracaso en 0.50

**CUADRO 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE TRABAJADORES DE LA RED**  
**ASISTENCIAL JULIACA**

R	Centros Asistenciales	Población (Trabajadores)	fh = n /N	Nº de Muestra total por C.A.
1	Hospital III Juliaca	270	0,51381215	139
2	Hospital I Lampa	16	0,51381215	8
3	Policlinico Azángaro	12	0,51381215	6
4	Policlinico Juliaca	25	0,51381215	13
5	Centro Médico Ayaviri	14	0,51381215	7
6	Posta Médica Huancané	10	0,51381215	5
7	Posta Médica San Gabán	4	0,51381215	2
8	Posta Médica San Rafael	6	0,51381215	3
9	Posta Médica Sandia	5	0,51381215	3
	<b>TOTAL</b>	<b>362</b>		<b>186</b>

FUENTE: Elaboración propia (Según Anexo cuadro 17) Informe estadístico institucional–Lima 2009

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos se utilizó lo siguiente:

- *Encuesta:* Dirigida a los trabajadores de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca, con la finalidad de recabar información referente al tema de investigación.

### 3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

- *Coordinación:* Se solicitó la autorización del Gerente Administrativo y Médico de la Red Asistencial Juliaca dando a conocer el estudio que se viene desarrollando y la aplicación de la encuesta y se coordinó con directores de cada centro de asistenciales de la Red Asistencial Juliaca para la aplicación de la encuesta.

- *Calificación de Datos Recolectados:* Se ordenó toda la información recolectada para su procesamiento y obtención de resultados.
- *Plan de Tabulación:* Se realizó la tabulación con el programa del SPSS para lo cual se realizaron las siguientes actividades:
  - Codificación de información
  - Verificación de información
  - Presentación de cuadros
  - Análisis e interpretación de datos

### 3.6. TIPO DE ESTADÍSTICA APLICADA

El tipo de estadística utilizada en la investigación fue de la Estadística Inductiva, con la finalidad de recolectar, resumir, analizar y caracterizar e interpretar los datos para llegar a las conclusiones generales.

### 3.7. METODOLOGIA POR OBJETIVOS

- a) Caracterización de los factores del nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.
1. Se aplicó la encuesta dirigida a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.
  2. Para procesamiento de datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 20.
  3. Las variables utilizadas son: La disponibilidad de recursos humanos y asignación de recursos financieros, el clima organizacional,

programación del número de citas, nivel de cobertura, la infraestructura, gestión en salud y la edad.

4. Para la prueba se utilizó la chi-cuadrado de Pearson.

b) Determinar y explicar los factores que tienen mayor influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.

1. Se aplicó la encuesta dirigida a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.

2. Para procesamiento de datos se empleó el paquete estadístico Eviews versión 6.0.

3. Las variables utilizadas son: la disponibilidad de recursos humanos, programación del número de citas, nivel de cobertura y la infraestructura.

4. Para la prueba se utilizó el análisis de regresión con datos ordenados el cual nos permitirá verificar la relación existente entre la variable dependiente y las independientes.

#### Variable Dependiente o Endógena.

- ◆ Nivel de atención.

#### Variables Independientes o Exógenas.

- ◆ Disponibilidad de recursos humanos.
- ◆ Programación en número de citas.
- ◆ Cobertura.

◆ Infraestructura.

El modelo a utilizar, para analizar los factores socio-económicos con mayor influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencia Juliaca-EsSalud y para poder cuantificar las relaciones de las variables, se propone una relación de la forma siguiente:

Modelo.

$$\text{NIAT} = f(\text{DRRHH} + \text{PNC} - \text{COB} + \text{INF})$$

Donde:

NIAT : Nivel de atención.

DRRHH : Disponibilidad de recursos humanos.

PNC : Programación en número de citas

COB : Cobertura

INF : Infraestructura

Modelo logit:

$$P_i = E(Y_i = 2 / X_i) = \text{NIAT} = \beta_1 * \text{DRRHH} + \beta_2 * \text{PNC} - \beta_3 * \text{COB} + \beta_4 * \text{INF} + \mu_t$$

Ecuación Logit:

$$f(X_i \beta) = \frac{e^{X_i \beta}}{(1 + e^{X_i \beta})^2} + u$$

Donde:

*NIAT* = Nivel de atención.

*DRRHH* = Disponibilidad de recursos humanos

*PNC* = programación en número de citas

*COB* = Cobertura

*INF* = Infraestructura.

$\beta_0$  = Intercepto o Parámetro autónoma.

$\beta_{1...4}$  = Proporción marginal (Coeficiente de NIAT, respecto a la disponibilidad de recursos humanos, programación en número de citas, cobertura e infraestructura).

$\mu_t$  = Unidades aleatorias (que incluye los errores que puedan haber subsistido en el modelo) no consideradas en el modelo.

c) Determinar el nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.

1. Se aplicó la encuesta dirigida a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.
2. Para el procesamiento de datos se empleó el paquete estadístico Eviews versión 6.0.
3. La variable aplicada es el nivel de atención.
4. Para la prueba se utilizó la estadística descriptiva.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### ***4.1. EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS***

Se realizó la estimación descriptiva de la información que otorgaron los trabajadores de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud 2009, determinándose en tres partes inicialmente se presenta la influencia de las variables independientes (disponibilidad de recursos humanos, asignación de recursos financieros, clima organizacional, programación en número de citas, cobertura, infraestructura, gestión en salud y edad) con respecto al nivel de atención de la red asistencial Juliaca-EsSalud esto mediante una tabla de contingencia, en la segunda parte se toma en cuenta a la variables del nivel de atención como referente para la elaboración del modelo estadístico y análisis de los factores con mayor influencia en el nivel de atención, finalmente mediante la estimación descriptiva de las variables se determina el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca.

4.1.1. Caracterización de los factores del nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca-EsSalud.

En primer lugar se exponen las estimaciones realizadas sobre el conjunto de la población muestreada, para luego presentar las características del grupo a través de las variables consideradas en el estudio, siendo estas variables las cuales tienen mayor relevancia en la determinación del nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009.

*El nivel de atención de acuerdo a las edades de los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud.*

CUADRO 5

NIVEL DE ATENCION SEGÚN EDAD DE LOS SERVIDORES DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009

NIVEL DE ATENCION	Edad										Total	%
	20 – 29	%	30 - 39	%	40 - 49	%	50 – 59	%	60 – 69	%		
Deficiente	4	2%	33	18%	33	18%	6	3%	0	0%	76	41%
Regular	2	1%	41	22%	29	16%	10	5%	2	1%	84	45%
Bueno	0	0%	18	10%	5	3%	3	2%	0	0%	26	14%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>3%</b>	<b>92</b>	<b>49%</b>	<b>67</b>	<b>36%</b>	<b>19</b>	<b>10%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 78,763$$

$$gl. = 54$$

$$P=0,004$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

- \*  $H_0$ : La variable edad no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \*  $H_a$ : La variable edad si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $\chi^2_c > \chi^2_t$  se rechaza  $H_0$ , entonces la edad si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

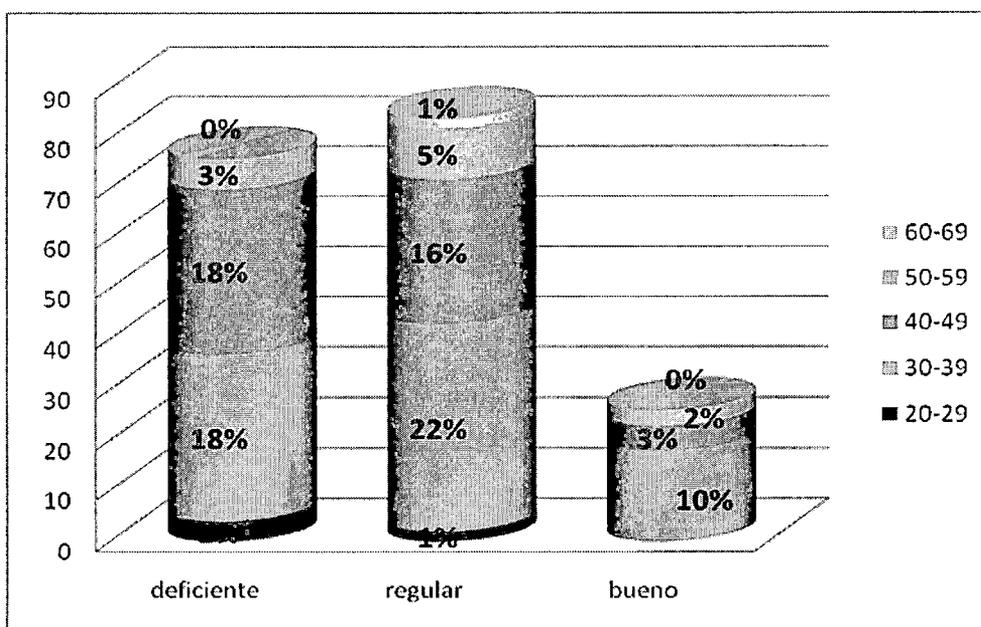


Figura 1: Edad de los servidores de EsSalud de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

De acuerdo al cuadro 5 y figura 1 respectivo, del total de trabajadores en el nivel regular el mayor porcentaje de trabajadores se encuentra entre 30-39 años, representado por el 22%, mientras que el menor porcentaje está entre las edades de 60-69 años representado en un 1%. También podemos observar en la figura que el nivel de atención según edades es deficiente en un 41%, regular en un 45% y bueno en un 14%. Esta información se recopiló para tener conocimiento de forma general.

*Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud con respecto al nivel de disponibilidad de recursos humanos*

La disponibilidad de recursos humanos (grupos profesionales) que existen en las diferentes unidades de análisis de nuestra jurisdicción (Hospital, policlínico, centro de médico y postas médicas) se encuentran por debajo de los estándares establecidos por la organización mundial de la salud OMS (10 médicos por cada mil habitantes: informe estadístico institucional EsSalud 2009).

**CUADRO 6**  
**NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN NIVEL DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009**

Nivel de Atención	Disponibilidad de Recursos Humanos				Total	%
	Insuficiente	%	Suficiente	%		
Deficiente	70	38%	6	3%	<b>76</b>	<b>41%</b>
Regular	23	12%	61	33%	<b>84</b>	<b>45%</b>
Bueno	0	0%	26	14%	<b>26</b>	<b>14%</b>
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>50%</b>	<b>93</b>	<b>50%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 97,085$$

$$gl. = 2$$

$$P=0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

\* H<sub>0</sub>: La variable disponibilidad de recursos humanos no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.

- \*  $H_a$ : La variable disponibilidad de recursos humanos si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_t^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces la disponibilidad de recursos humanos si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

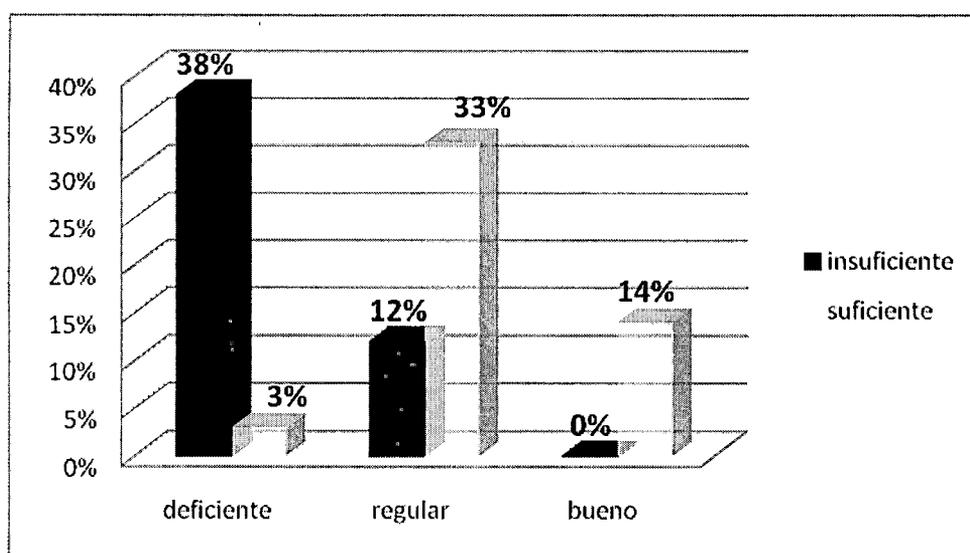


Figura 2: Disponibilidad de recursos humanos de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Acerca de la percepción del trabajador sobre el nivel de atención de la Red Asistencial con respecto a la disponibilidad de recursos humanos como se observa en el cuadro 6 y figura 2, se determinó que el mayor porcentaje de la población de trabajadores del nivel deficiente está representado por el 38% de insuficiente asignación de los recursos humanos por lo que no habrá mejoras en el nivel de atención y que el 3% es suficiente que a pesar de ello el nivel de atención es deficiente. En relación al nivel regular observamos que el 33% está representado por la suficiente asignación de recursos humanos y que solo el 12% es insuficiente. Mientras

que en el nivel bueno podemos observar que la asignación de recursos humanos es suficiente en un 14%.

El cuadro 6 nos representa la disponibilidad de recursos humanos del cual podemos deducir que los recursos humanos ahora son considerados como una pieza clave en el desarrollo de las prestaciones de salud, ya que permite la realización de las metas. Así como Flores (2006), señala que la administración de recursos humanos y administración de compras de insumos y medicamentos no son suficientes para cubrir con las expectativas y necesidades crecientes de bienes y servicios de salud, pues parte de los aumentos son para cubrir salarios. Como también Soares (2006), en su investigación considera que tanto la falta de personal médico y de enfermería, así como la falta de medicamentos y de insumos pueden influir en forma negativa sobre la calidad de atención brindada. Para Chiavenato (2000), los recursos humanos son personas que ingresan, permanecen y participan en la organización, en cualquier nivel jerárquico o tarea. Los recursos humanos están distribuidos en el nivel institucional de la organización (dirección), en el nivel intermedio (gerencia o asesoría) y en el nivel operacional (técnicos, auxiliares y operarios, además de los supervisores de primera línea). El recurso humano es el único recurso vivo y dinámico de la organización y decide el manejo de los demás, que son físicos y materiales. Según Huamán (2005), considera a las políticas de recursos humanos en salud como un marco doctrinario de acción que se acompaña de estrategias de implementación, objetivos y metas; constituyen pactos sociales que intentan resolver la tensión existente entre las

demandas de la población por ejercer el derecho a la salud, las demandas y derechos del personal de salud y los objetivos del sistema de salud.

*Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca con respecto al nivel de asignación de recursos financieros*

El nivel de asignación de recursos financieros es fundamental en la Red Asistencial Juliaca, pues radica en la programación de insumos, equipamiento y servicios de mantenimiento. Sin embargo los establecimientos tienen una amenaza latente de recortes presupuestarios. Por ello Existe la conciencia local de los problemas de gestión clínica (atención de pacientes) que ello genera, incluyendo costosos retrasos quirúrgicos y largas estancias hospitalarias.

**CUADRO 7**

**NIVEL DE ATENCION SEGÚN ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009**

Nivel de Atención	Asignación de Recursos Financieros				Total	%
	Deficiente	%	Eficiente	%		
Deficiente	66	35%	10	6%	<b>76</b>	<b>41%</b>
Regular	18	10%	66	35%	<b>84</b>	<b>45%</b>
Bueno	0	0%	26	14%	<b>26</b>	<b>14%</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>45%</b>	<b>102</b>	<b>55%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 93,829$$

$$gl. = 2$$

$$P=0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

- \*  $H_0$ : La variable asignación de recursos financieros no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \*  $H_a$ : La variable asignación de recursos financieros si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_t^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces la asignación de recursos financieros si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

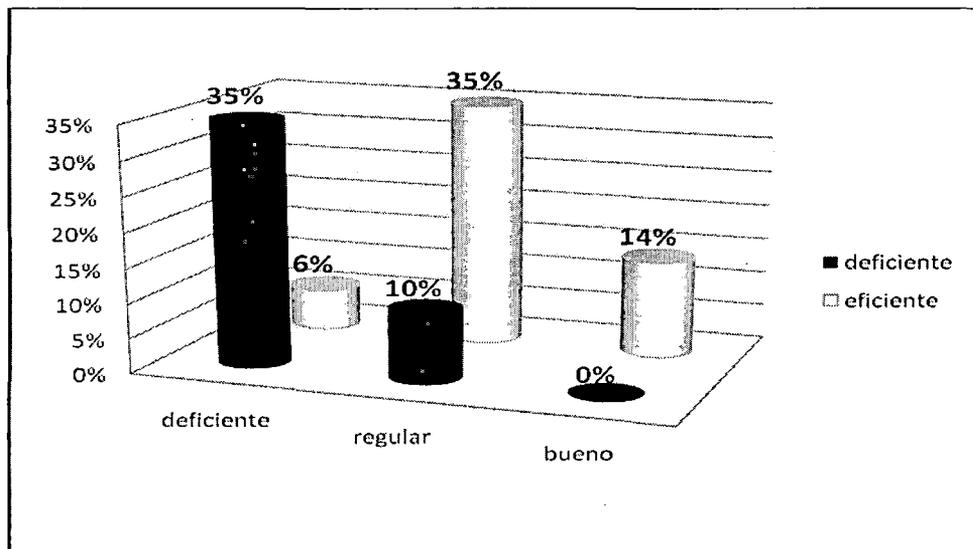


Figura 3: Asignación de recursos financieros de la la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Observando el cuadro 7 y figura 3, el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca respecto al nivel de asignación recursos financieros, nos indican que el nivel de atención es deficiente en un 41%. Mientras que otra proporción de los encuestados indican que el nivel de atención es regular en un 45% y un 14 % es bueno.

En total el nivel de atención con respecto al nivel de asignación de recursos financieros es deficiente en un 55% que se traducen en atenciones ineficientes y poco satisfactorias para los usuarios. Por ende uno de los problemas más serios que afronta EsSalud radica en la programación de insumos, equipamiento y servicios de mantenimiento. Sin embargo los establecimientos tienen una amenaza latente de recortes presupuestarios. Mientras que la otra proporción de encuestados indica que la asignación de recursos financieros es eficiente en un 45%. Dado que los recursos económicos disponibles en cualquier sociedad son escasos en relación a las múltiples necesidades, es necesario determinar en qué cantidades y a qué usos se van a destinar los recursos. Contrariamente Rodríguez (2006), los recursos orientados a la oferta: la presupuestación histórica implica que se destinan los recursos presupuestarios de acuerdo con la oferta de recursos humanos e infraestructura, independientemente de las necesidades de salud o la demanda real de la población. Contrariamente MINSA (2000), Los resultados siempre están acompañados de un notorio incremento en los ingresos al producirse un aumento de la demanda, esto facilitara la acción del Centro porque contará con mayores ingresos propios, para atender a las familias o personas más pobres que no pueden solventar el pago del servicio y para mejorar el ingreso de los trabajadores. Estrella y Narváez (2009), los recursos pueden ser personas, infraestructura, ambiente de trabajo, información, proveedores, y aliados de negocios, recursos naturales y financieros.

*Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca con respecto al clima organizacional*

El clima organizacional es un factor importante pues es un grado en el que el entorno es favorable o desfavorable para las personas que integran la organización. Así, el clima está constituido por aquellos factores que distinguen a la organización de otras e influye el comportamiento de las personas. Es decir que se refiere a las percepciones del personal de una organización con respecto al ambiente global en que desempeña sus funciones. (Goncalves 1997).

**CUADRO 8**

**NIVEL DE ATENCION SEGÚN CLIMA ORGANIZACIONAL DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009**

Nivel de Atención	Clima Organizacional								Total	%
	Pésimo	%	Regular	%	Bueno	%	muy bueno	%		
Deficiente	55	29%	9	5%	9	5%	3	2%	<b>76</b>	<b>41%</b>
Regular	11	6%	51	27%	22	12%	0	0%	<b>84</b>	<b>45%</b>
Bueno	4	2%	1	1%	10	5%	11	6%	<b>26</b>	<b>14%</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>37%</b>	<b>61</b>	<b>33%</b>	<b>41</b>	<b>22%</b>	<b>14</b>	<b>8%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 134,833$$

$$gl. = 6$$

$$P = 0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

- \*  $H_0$ : La variable asignación de clima organizacional no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \*  $H_a$ : La variable clima organizacional si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_t^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces el clima organizacional si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

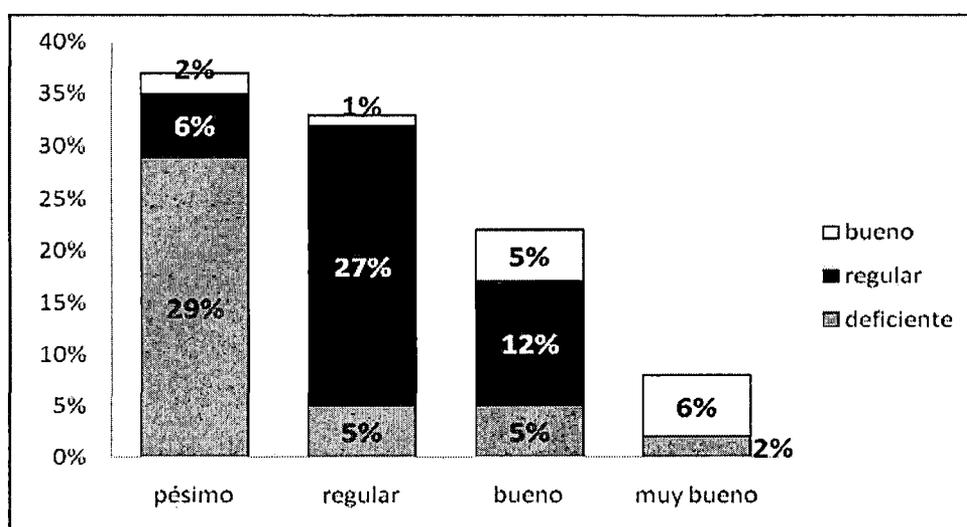


Figura 4: Clima organizacional de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Según el cuadro 8 en el nivel de atención de la Red asistencial Juliaca, los encuestados opinan que el clima organizacional es pésimo en un 37% debido a que los funcionarios y el personal de salud no reflejan la interacción, ni la identificación respectiva con su institución, regular en un 33%, bueno en un 22%, muy bueno en 8%. Contrariamente Hall (1996), define el clima organizacional como un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directamente o indirectamente por los

empleados que se supone son una fuerza que influye en la conducta del empleado.

También observamos que el nivel de atención con respecto al clima organizacional es deficiente en un 41%, regular en un 45%, bueno en un 14%. Es así que el comportamiento de un empleado está influenciado por la percepción que él mismo tiene sobre el medio de trabajo y del entorno así como afirma (Goncalves 1997). Estrella y Narváez (2009), los recursos pueden ser personas, infraestructura, ambiente de trabajo, información, proveedores, y aliados de negocios, recursos naturales y financieros. MINSA (2000), el conjunto de resultados técnicos y económicos deben reflejarse en las condiciones de trabajo y en el ingreso de los trabajadores, una adecuada aplicación del nuevo modelo debe mejorar las relaciones interpersonales al interior del Centro al hacer que estas giren alrededor de los objetivos de los servicios y el aporte de cada trabajador hacia este objetivo común, quedarían así en segundo plano otros asuntos más personales que involucran a dos o más personas que nada tiene que ver con los objetivos del centro de Salud, pero que mientras no haya un objetivo común que cohesione permanentemente al grupo centraran el interés de los demás miembros. Estrella y Narváez (2009), la escasez y los pobres rendimientos del personal por su baja motivación o la insuficiencia de sus capacidades técnicas son también importantes factores determinantes de la seguridad de los pacientes.

*Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca con respecto al número de programación de citas*

La programación del número de citas es importante para una mejor atención prestada por los centros de salud las cuales se realizan programaciones mediante citas telefónicas y/o personalmente.

**CUADRO 9**

**NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN PROGRAMACIÓN DE NÚMERO DE CITAS DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009**

Nivel de Atención	programación de número de citas						Total	%
	Pésimo	%	Regular	%	bueno	%		
Deficiente	66	35%	9	5%	1	1%	<b>76</b>	<b>41%</b>
Regular	17	9%	67	36%	0	0%	<b>84</b>	<b>45%</b>
Bueno	0	0%	7	4%	19	10%	<b>26</b>	<b>14%</b>
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>44%</b>	<b>83</b>	<b>45%</b>	<b>20</b>	<b>11%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 205,772$$

$$gl. = 4$$

$$P=0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

\*  $H_0$ : La variable programación de número de citas no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.

- \*  $H_a$ : La variable programación de número de citas si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_f^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces la programación de número de citas si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

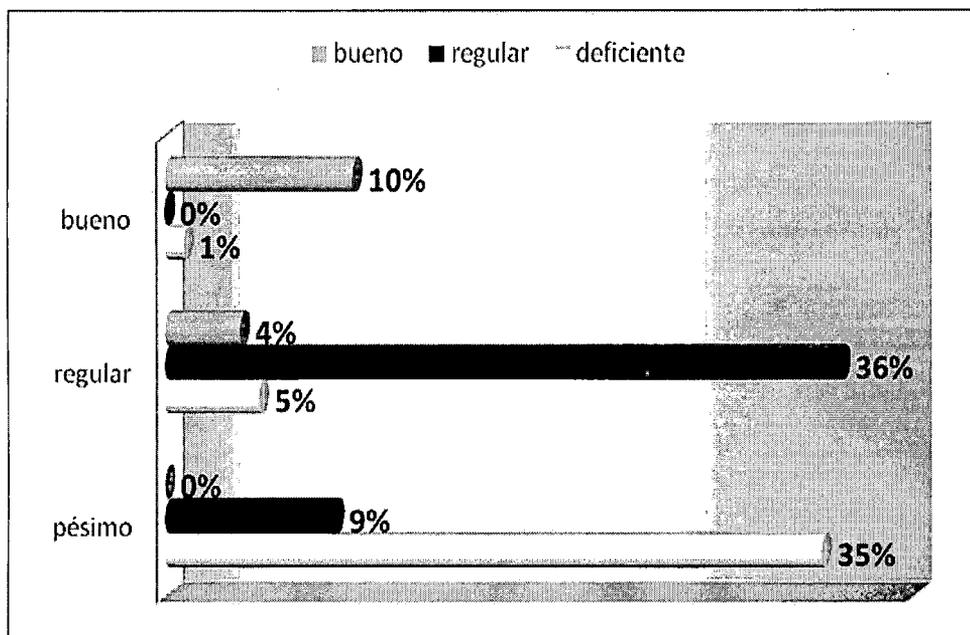


Figura 5: Programación de número de citas de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

La programación del número de citas es importantísimo pues mediante ellas se verifica cuantos usuarios se atienden, como se observa en el cuadro 9 es pésimo la programación de número de citas en un 44% por causa de una pésima asignación de recursos humanos, regular en un 45% y bueno en un 11%. Los resultados de la encuesta nos indican que el nivel de atención en relación al número de citas programadas es deficiente en un 41%, regular en 45% y bueno en un 14%.

*Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca con respecto a la cobertura*

La capacidad de atención por la red asistencial EsSalud Juliaca abarca a 9 centros asistenciales (informe estadístico institucional EsSalud:2009) los cuales son: Hospital I Lampa, Policlínico Azángaro, Policlínico Juliaca, Centro Médico Ayaviri, Posta Médica Huancané, Posta Médica San Gabán, Posta Médica San Rafael y Posta Médica Sandia.

CUADRO 10

NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN COBERTURA DE LA RED ASISTENCIAL  
JULIACA – ESSALUD 2009

Nivel de Atención	Nivel de cobertura				Total	%
	Insuficiente	%	suficiente	%		
Deficiente	36	19%	40	22%	76	41%
Regular	18	10%	66	35%	84	45%
Bueno	17	9%	9	5%	26	14%
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>38%</b>	<b>115</b>	<b>62%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 20,859$$

$$gl. = 2$$

$$P=0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

- \*  $H_0$ : La variable cobertura no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \*  $H_a$ : La variable cobertura si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.

\* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_t^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces la cobertura si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

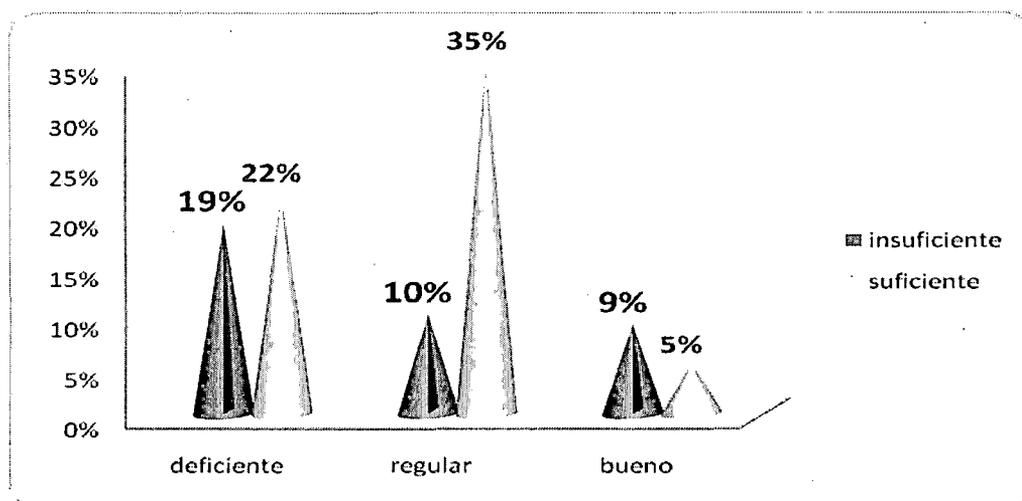


Figura 6: Cobertura de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

La cobertura según los resultados de la opinión de los encuestados el 38% es insuficiente y un 62% suficiente. Este resultado, que parece guardar relación con el entorno socioeconómico-laboral, debe llamar a la reflexión pues sin duda alguna plantea un desafío a las autoridades de EsSalud en términos de las medidas a corto plazo. Contrariamente Paganini (1998), La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la "cobertura según la oferta de servicios" tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la "capacidad" de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas. El estudio de la cobertura verdadera total procede del análisis de las distintas coberturas alcanzadas en grupos de población definidos por medio de acciones de salud específicas orientadas a sus necesidades prioritarias. MINSA (2000), el resultado será el mejoramiento de la oferta del servicio,

porque se llega a mayor población (cobertura) con un servicio de mayor calidad, es decir los establecimientos ofrecen un mejor producto que lo hace más atractivo para la población, el incremento de la producción del establecimiento, se expresada inicialmente en la cobertura de atención del ámbito del establecimiento y luego toda el área de responsabilidad (centros de salud más puestos de salud).

El nivel de atención en relación a la cobertura es deficiente en un 41%, regular en un 45% debido al acceso a servicios de salud atendido a sus necesidades socioculturales y es bueno en un 14%.

*Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca con respecto a la infraestructura.*

La infraestructura es considerado como necesario para que una organización pueda funcionar o bien para que una actividad se desarrolle efectivamente. Por otro lado, la infraestructura es la base material de una sociedad y la que determinará la estructura social, el desarrollo y el cambio social de la misma, incluyéndose en estos niveles las fuerzas productivas y las relaciones de producción que se dan.

#### CUADRO 11

##### NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN INFRAESTRUCTURA DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009

Nivel de Atención	Estado de Infraestructura						Total	%
	Pésimo	%	regular	%	Bueno	%		
Deficiente	61	33%	14	8%	1	1%	<b>76</b>	<b>41%</b>
Regular	12	6%	60	32%	12	6%	<b>84</b>	<b>45%</b>
Bueno	1	1%	3	1%	22	12%	<b>26</b>	<b>14%</b>
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>40%</b>	<b>77</b>	<b>41%</b>	<b>35</b>	<b>19%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 160,167$$

$$gl. = 4$$

$$P=0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

- \*  $H_0$ : La variable infraestructura no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \*  $H_a$ : La variable infraestructura si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_t^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces la infraestructura si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

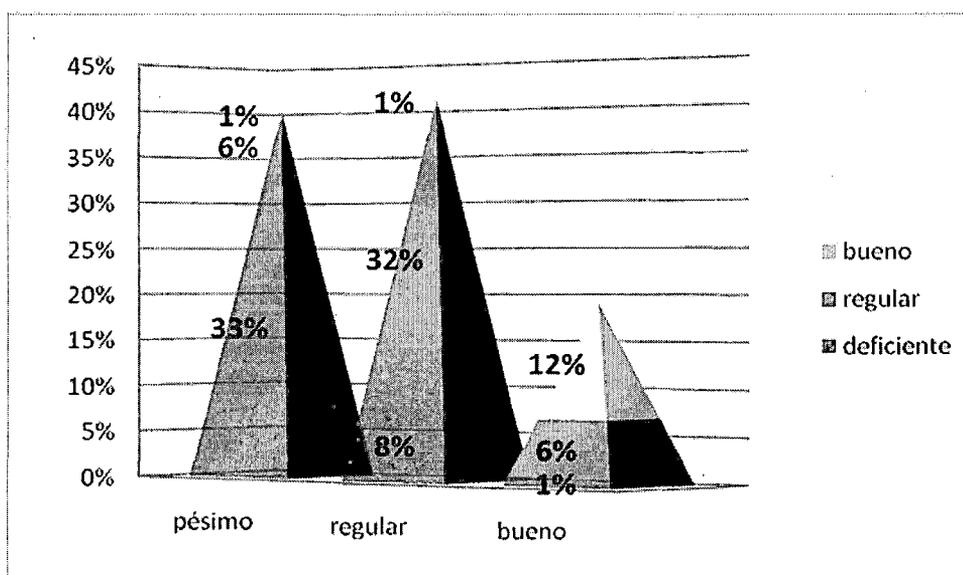


Figura 7: Estado de infraestructura de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

La infraestructura cumple un papel de suma importancia en lo que respecta a la atención de los usuarios, ya que la infraestructura otorga la posibilidad de poder acoger a más pacientes. Como podemos observar en

el cuadro 11 de contingencia la infraestructura según los encuestados indican que el 40% es pésimo, mientras que un 41% indican que es regular y un 19% es bueno. Esas diferencias se presentan pues no en todos los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca la infraestructura está en diferentes condiciones debido a que algunos son hospitales, policlínicos, centros y postas. Contrariamente Sansó y Batista (2001), en su publicación hacia una mejor capacidad resolutive y calidad de atención en nuestra medicina familiar, han identificado alrededor de 290 problemas de salud que pueden ser atendidos por los especialistas en Medicina General Integral, pero no se ha dotado a las instituciones de atención primaria de la suficiente infraestructura o accesibilidad necesaria a la tecnología para enfrentarlos. Estrella y Narváez (2009), los recursos pueden ser personas, infraestructura, ambiente de trabajo, información, proveedores, y aliados de negocios, recursos naturales y financieros.

#### *Nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca con respecto a la gestión de salud*

La gestión en salud no significa empezar desde cero, sino que se refiere a organizar lo que se hace dentro de un marco sistemático, usando dicho marco para guiar acciones futuras y para reevaluar lo que se está haciendo. Esto significa implicar a todo el personal, que sea parte de la labor cotidiana (cubriendo las tres dimensiones de la calidad: administrativa, para el cliente y profesional).

## CUADRO 12

### NIVEL DE ATENCION SEGÚN GESTIÓN EN SALUD DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009

Nivel de Atención	Calificación Gestión en salud								Total	%
	muy deficiente	%	Deficiente	%	Regular	%	Bueno	%		
Deficiente	50	27%	21	11%	5	3%	0	0%	76	41%
Regular	24	13%	37	20%	21	11%	2	1%	84	45%
Bueno	15	8%	4	2%	7	4%	0	0%	26	14%
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>48%</b>	<b>62</b>	<b>33%</b>	<b>33</b>	<b>18%</b>	<b>2</b>	<b>1%</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

Del paquete estadístico SPSS versión 20 de pruebas de chi-cuadrado se obtuvo lo siguiente:

$$X_c^2 (0,05) = 29,805$$

$$gl. = 6$$

$$P=0,000$$

Entonces: Si  $X_c^2 > X_t^2$

- \*  $H_0$ : La variable gestión en salud no tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \*  $H_a$ : La variable gestión en salud si tiene influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.
- \* Por lo tanto si  $X_c^2 > X_t^2$ , se rechaza  $H_0$ , entonces la gestión en salud si influye en el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca – Essalud.

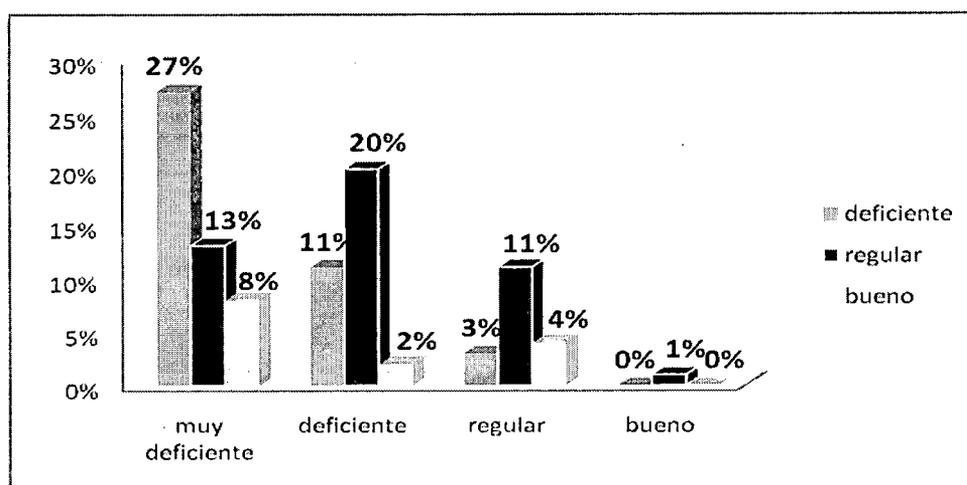


Figura 8: Calificación de gestión en salud de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009  
Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

La gestión de una red de servicios de salud como la que posee EsSalud, entraña grandes complejidades y retos, cualquiera que sea el gestor. Los problemas de la gestión de servicios de salud de EsSalud, son los mismos que en general se afrontan, en mayor o menor grado, en todos los países del mundo. Sin embargo, la ajustada situación de EsSalud se evidencia en la gestión de salud. Como observamos en el cuadro 12 los resultados siguientes: el 48% es muy deficiente, el 33% es deficiente, el 18% regular y el 1% es bueno. La gestión en el sector servicios y, más concretamente en el sector sanitario, es la variabilidad de los procesos y actividades, ya que las variables que rodean los servicios son innumerables y en muchos casos impredecibles. Es importante tener claro cuáles son las necesidades de los servidores de EsSalud y de los usuarios. Aclara Solorza (2001), el servicio es, en esencia, el deseo y convicción de ayudar a otra persona en la solución de un problema o en la satisfacción de una necesidad. Brito (2002), la gestión de recursos humanos en los servicios de salud, aún no se constituye en una función importante del nivel de dirección de los servicios, salvo cuando surge algún conflicto o deficiencia que altere

o interfiera la producción del servicio en la atención de la salud. En el nivel operativo, la gestión de desarrollo de recursos humanos en salud aparece organizada en subconjuntos de procedimientos de intervención como son: las acciones de capacitación del personal, la aplicación de los procedimientos de administración de ese personal, y la organización del trabajo y los trabajadores. La ejecución de estos procedimientos y actividades suele ser de responsabilidad de equipos diferentes que operan con diversas dinámicas y que responden a diferentes motivaciones y necesidades.

Del total de encuestados el nivel de atención con respecto a la calificación de gestión en salud indican que el nivel de atención es deficiente en un 41%, regular en un 45% y bueno en un 14%.

4.1.2. Análisis de los factores que tienen mayor influencia en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca-EsSalud.

*Modelo estimado para el nivel de atención:*

La regresión que muestra a detalle estos resultados se encuentra en el cuadro 13. Se ha planteado el modelo con método logit ordenado, por lo que el modelo se expresa de la siguiente forma.

Resultados del modelo econométrico propuesto:

$$\text{NIAT} = 2.8705 * \text{DRRHH} + 2.9507 * \text{PNC} - 2.5268 * \text{COB} + 1.7781 * \text{INF} + u_i$$

Z(t)	(4.758)	(5.050)	(-4.405)	(3.938)
------	---------	---------	----------	---------

Seudo R 62%

LR 230.31

### CUADRO 13 REGRESIÓN LOGIT ORDENADO

Dependent Variable: NIAT  
Method: ML - Ordered Logit (Quadratic hill climbing)  
Date: 10/29/12 Time: 18:16  
Sample: 1 186  
Included observations: 186  
Number of ordered indicator values: 3  
Convergence achieved after 6 iterations  
Covariance matrix computed using second derivatives

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
DRRHH	2.870499	0.603274	4.758201	0.0000
PNC	2.950699	0.584243	5.050463	0.0000
COB	-2.526812	0.573576	-4.405366	0.0000
INF	1.778052	0.451460	3.938448	0.0001
Limit Points				
LIMIT_2:C(5)	6.780962	1.026171	6.608022	0.0000
LIMIT_3:C(6)	13.36385	1.626884	8.214381	0.0000
Pseudo R-squared	0.619258	Akaike info criterion		0.825812
Schwarz criterion	0.929869	Log likelihood		-70.80054
Hannan-Quinn criter.	0.867980	Restr. log likelihood		-185.9540
LR statistic	230.3070	Avg. log likelihood		-0.380648
Prob(LR statistic)	0.000000			

### INTERPRETACIÓN

Se ha estructurado un modelo de nivel de atención de la red asistencial de Juliaca - EsSalud 2009 como una interpretación indirecta para determinar los factores con mayor incidencia que explican el nivel de atención. La interpretación usando efectos marginales puede ser de gran utilidad para probabilidades del nivel de atención.

Según cuadro 13, el coeficiente del ajuste de un pseudo  $R^2$ , nos indica que alrededor del 62% del comportamiento del nivel de atención es explicado significativamente por las variables como: la disponibilidad de recursos humanos, programación en número de citas, la cobertura e infraestructura. Mientras el restante 38% explican las variables que no están consideradas en el modelo planteado, representado por la variable residual. Contrariamente Soares (2006), en su investigación indica que los factores que inciden en la calidad de atención están el déficit de personal tanto médico como de enfermería, el déficit de insumos y de medicamentos. Así mismo Pérez (2000) precisa que son toda clase de elementos materiales (local, equipo y material), humanos (mano de obra, intelectuales y técnicos) y presupuestales que pudieran ser utilizados o considerados en la programación y ejecución de las acciones programadas. Arsenjo (2002) dice que los hospitales son una combinación de los recursos humanos y materiales disponibles, dirigidos a conseguir un fin, según su esquema preciso de dependencias e interrelaciones que lo constituyen. Por su parte Temes (1992), añade que el hospital, al igual que otras muchas organizaciones e instituciones de nuestro país, ha tenido que adecuar su estructura y funcionamiento a la sociedad que ha venido cambiando de un modelo político totalitario a un modelo democrático, es por ello que hay factores determinantes que han incidido en el ambiente de las organizaciones como: factores históricos, políticos, económicos y sociales, que ha determinado el comportamiento de la instituciones incidiendo en el quehacer diario. Estrella y Narváez (2009), los recursos pueden ser personas, infraestructura, ambiente de trabajo, información, proveedores, y

aliados de negocios, recursos naturales y financieros. Arsenjo (2002), dice que los hospitales son una combinación de los recursos humanos y materiales disponibles, dirigidos a conseguir un fin, según su esquema preciso de dependencias e interrelaciones que lo constituyen

De acuerdo al cuadro 13 y anexo cuadro 21 el nivel de atención apropiado es regular en las variables independientes (disponibilidad de recursos humanos, programación en número de citas, la cobertura e infraestructura). Obteniendo así los siguientes efectos marginales.

**CUADRO 14**  
**EFFECTOS MARGINALES DE NIVEL DE ATENCIÓN CON**  
**RESPECTO A VARIABLES INDEPENDIENTES**

VARIABLES	MEDIA	Pr(NIAT=2)
DRRHH	1,500000	0,4546
PNC	1,661290	0,1713
COB	-1,618280	-0,4798
INF	1,790323	0,4278

Fuente: Elaboración propia (cuadro 13 y anexo cuadro 21)

De acuerdo al cuadro 14, interpretamos:

DRRHH: Si la disponibilidad de recursos humanos incrementa en 1 unidad porcentual entonces la probabilidad de mejorar el nivel de atención por atender mejor a los usuarios aumentará en 45,46%.

PNC: Si La variable programación en número de citas incrementa en 1% entonces la probabilidad de mejorar el nivel de atención en atender a los usuarios aumentará en 17,13%.

COB: Si la cobertura disminuye en 1% entonces la probabilidad de mejorar el nivel de atención disminuirá en 47,98%.

INF: Si la variable infraestructura incrementa en 1% entonces la probabilidad de mejorar el nivel de atención aumente en 42,78%

PRUEBA DE CHI<sup>2</sup>:

La prueba de Chi<sup>2</sup>, muestra lo siguiente:

$$H_0 : \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4 = 0$$

$$H_a : \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4 \neq 0$$

$$\chi^2_{(4,5\%)} = 9,49 \text{ (de tablas)}$$

$$\chi^2_{(4,5\%)} = 44.36 \text{ (calculada)}$$

$$RV = 230.31$$

La Chi cuadrada ( $\chi^2_{\text{calc.}} > \chi^2_t$ ), se rechaza la  $H_0$ . De igual modo la prueba de la Razón de Verosimilitud (RV) es  $>$  a la  $\chi^2$ , por lo tanto las variables del modelo estimado si tienen efecto sobre la variable dependiente (nivel de atención).

4.1.3. Determinación del nivel de atención de los centros asistencial de la red asistencial Juliaca – EsSalud.

El nivel de atención que consideramos esta en base a las variables de La disponibilidad de recursos humanos y asignación de recursos financieros, el clima organizacional, programación del número de citas, nivel

de cobertura, la infraestructura, gestión en salud y la edad. De tal forma que se considera en tres niveles:

Deficiente = con una atención insatisfecha

Regular = con una atención satisfecha

Bueno = con más de una atención satisfecha

De los datos obtenidos de los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud es como se muestra a continuación:

CUADRO 15  
NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA-ESSALUD 2009

NIVEL DE ATENCIÓN	Frecuencia	%
Deficiente	76	41
Regular	84	45
Bueno	26	14
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud 2009

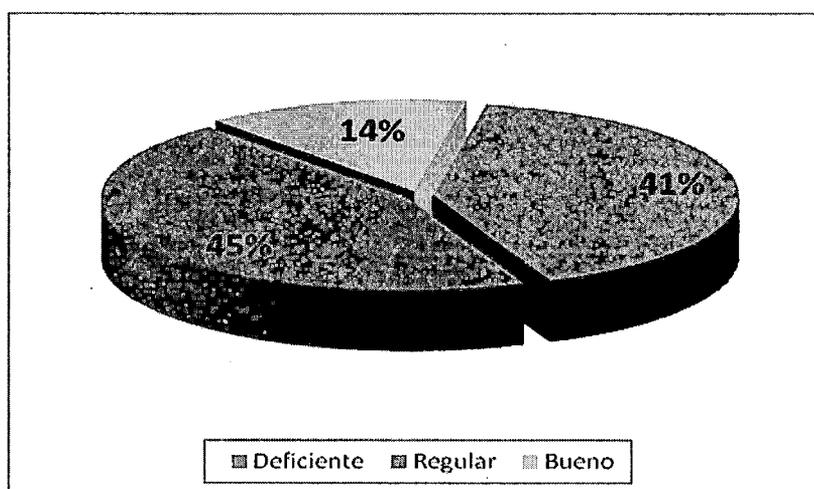


Figura 9: Nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial EsSalud Juliaca

Fuente: Encuesta aplicada a los trabajadores de la Red Asistencial EsSalud Juliaca 2009

De acuerdo al cuadro 15 y figura 9, está relacionado al nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud, según los datos obtenidos nos muestra que el nivel de atención es regular en un 45%, mientras que el 41% de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud opinan que la atención es deficiente a causa de escasa asignación de recursos humanos, financieros e infraestructura y el 14% de los trabajadores encuestados mencionan que es bueno, pues hay poca concurrencia de los usuarios para su atención en los centros asistenciales y que la mayor parte de éstas se atienden en el Hospital III Juliaca.

**CUADRO 16**  
**ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES**

	NIAT	DRRHH	ARF	CO	PNC	COB	INF	VS	GS	ED
Mean	1.731183	1.500000	1.548387	1.994624	1.661290	1.618280	1.790323	2.768817	1.720430	40.52151
Median	2.000000	1.500000	2.000000	2.000000	2.000000	2.000000	2.000000	3.000000	2.000000	39.00000

Según las encuestas realizadas a los trabajadores de la Red Asistencial Juliaca – EsSalud 2009 y de acuerdo al cuadro 16, el nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca es de nivel regular debido a que los usuarios se van satisfechos con solo una atención.

Al respecto, un estudio realizado sobre la calidad de los servicios de salud del sistema público en el Perú promovido por el MINSA (2001), concluye que un 72% de los entrevistados que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel, están satisfechos con la atención recibida. Contraria a esta opinión en la misma encuesta, estarían los establecimientos “autoevaluados” los cuales tienen el calificativo de “deficiente” en el cumplimiento de los estándares de calidad, con excepción

de uno que ha calificado como débil. Contrariamente Soares (2006), en su investigación la calidad de atención es buena, por lo que se debe estimular, fortalecer y motivar al personal médico para mantener la calidad de atención, la cual resultó altamente favorecida. Robbins (1993) dice que: "En general, el modelo de atención, y particularmente las formas en que se organiza las prestaciones medicas, se han regido muchos por la oferta y la estimación de necesidades supuesta. Recientemente, se observa una tendencia a dejar que sea la demanda la que determina la organización de los servicios, a introducir mecanismos de mercado como la competencia, ya que el dinero siga al paciente. Según Hodge (1998), los sistemas sanitarios públicos de los países occidentales se vienen produciendo una serie de reformas y cambios caracterizados por una reorientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes, para mejorar la atención en salud. MINSA (2000), los servicios de salud deben incorporar progresivamente al enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario. Estrella y Narváez (2009), los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares, amigos etc), deseos y circunstancias propias de cada momento, para una mejor atención.

Asimismo al analizar mediante la estimación descriptiva las variables disponibilidad de recursos humanos, la asignación de recursos financieros, el clima organizacional, la programación del número de citas, la cobertura, la infraestructura están en un nivel regular debido a la situación socio-económica que atraviesa el país en el sector salud. Mientras que la edad promedio de los trabajadores de la red asistencial Juliaca es de 41 años.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a la tabla de contingencias realizado nos ha arrojado el programa SPSS que las variables explicativas consideradas son: disponibilidad de recursos humanos, nivel de asignación financiera; clima organizacional; programación de numero de citas; infraestructura y gestión de salud, tiene influencia significativa sobre la variable explicada nivel de atención de la Red Asistencial Juliaca realizando el contraste de chi-cuadrada de pearson, a la vez son muy importantes para la determinación del nivel de atención.

Los factores con mayor incidencia en el nivel de atención son la disponibilidad de recursos humanos con la probabilidad de efecto positivo de un incremento en 45,46%, la programación en número de citas con la probabilidad de aumento en un 17,13%, la cobertura con efecto negativo de un 47,98% y la infraestructura con efecto de mejora en un 42,78%. La prueba de Chi cuadrada ( $\chi^2_{\text{calc}} = 44.36 > \chi^2_t = 9,49$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$ . De igual modo la prueba de la Razón de Verosimilitud (RV 130.31) es  $>$  a la  $\chi^2$ , por lo tanto la variables del modelo estimado si tienen efecto sobre la variable dependiente.

El nivel de atención de los centros asistenciales de la Red Asistencial Juliaca- EsSalud con respecto a la disponibilidad de recursos humanos, asignación de recursos financieros, programación del número de citas, cobertura, infraestructura, la vocación de servicio y la gestión en salud es deficiente en un 41%, regular en 45% y es bueno en un 14%. Todo esto por la influencia de factores sociales y económicos. Asimismo el nivel de atención es regular porque los usuarios al atenderse solo una vez se sienten satisfechos.

## RECOMENDACIONES

- Es recomendable que la Red Asistencial Juliaca-EsSalud debe dar mayor importancia a los centros asistenciales de las zonas alejadas, en ese sentido es que debe preocuparse el gerente médico como administrativo, en rediseñar el modelo de asignación de recursos financieros en salud, con el fin de establecer un esquema prospectivo, basado en actividad, demanda.
- Mejorar la gestión de la salud; fortaleciendo los recursos humanos, materiales, equipos mínimos indispensables para mejora la calidad de atención, a la vez trabajar en lo referente a la necesidad de ampliación de los recursos humanos en profesionales médicos, infraestructura.
- Implementar un plan de capacitación basada en calidad de atención con el fin de sensibilizar, motivar a los trabajadores y realizar evaluaciones de procedimientos internos y externos con el fin de desarrollar ciclos de mejora continua en la implementación del trabajo de calidad para mejorar eficientemente en el nivel de atención de los centros asistenciales de la red asistencial Juliaca EsSalud.

## BIBLIOGRAFIA

- ALESSO, Fernando 2006. "Redes de Cobertura Médico-Asistencial".
- ARIAS, Fernando 1991. Administración de Recursos Humanos. Editorial Interamericana. México.
- ARSENJO, M. 2002. Gestión diaria del Hospital. Editorial Norma. México.
- ARREDONDO, A., PARADA, I., CUEVAS, M. 2003. Destino final y mecanismos de asignación de recursos financieros a partir de la descentralización de la salud en México. Pág. 155-165.
- ARROYO, HARTZ, LAU 2011. Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al País.
- APRISABAC 2009. Gestión en Servicios de Salud. Serie 3.
- BELTRÁN, Luis 2000. Control de gestión como elemento del sistema de control interno para entidades del estado. Santafé de Bogotá.
- BOUSHEY, Heather y WELLER, Christian 2005. Importa la desigualdad: la creciente brecha económica en Estados Unidos y sus consecuencias venenosas . "Lo que los números nos dicen". Pp 27-40. Demos
- BOSSERT T. 1998. Analyzing the decentralization of health System in developing countries: decisión space, innovation and performance. Soc. Sci Med; 47(10):1513-1527.

- BRITO, Pedro 2002. Desafíos y problemas de la Gestión de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. Organización Panamericana de la Salud. Brasil.
- BRONFMAN, Mario y colaboradores 1997. "Hacemos lo que podemos" Salud Pública. México. Noviembre- Diciembre 1997. Volumen 39. Número 6.
- BUSSO, Néida 1987. "Evaluación de la calidad de la atención médica. Metodología y resultados obtenidos" Rev. Medicina y Sociedad. Vol 10, Nro 1/2. Buenos Aires.
- CABO, Javier 1998. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Capítulo 8.
- CASAS J, REPULLO JR, PEREIRA J. 2001. Medidas de la calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Med Clin; 116: 789-796.
- CASTILLO A. 2006. El desarrollo de Recursos Humanos en salud. Costa Rica: Suplemento No. 2; p.1-11. [acceso 20 de Abril 2009] Disponible en: [www.cendeisss.sa.cr/seguridadsocial/index\\_archivos/alciraCastillo.pdf](http://www.cendeisss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/alciraCastillo.pdf).
- Centro Nacional para Estadísticas de Educación. 31 de marzo 2008. <http://nces.ed.gov/programs/coe/glossary/s.asp>
- Centro de Gestión Hospitalaria 2008. La calidad de atención. Cra. 11 A # 94-76, Of. 201 Bogotá D.C. Colombia Suramérica.
- CEREZO, Pedro 1997. La calidad de servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente.
- CÉSPEDES M., LOAIZA C., MONTOYA L., HERNÁNDEZ R., RODRÍGUEZ C. 2003. Nuevo modelo de atención integral en salud: la problemática de falta de cupo por morbilidad. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc v.11 n.1 San José

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (1998) Cartografía Sanitaria de la Comunidad de Madrid / Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.

CORTEZ, Rafael 2001. "El impacto de los Servicios Públicos de Salud sobre la productividad y la pobreza".

CHIAVENATO, Adalberto 2000. Administración de recursos humanos. 5ta. Edición, McGraw-Hill, Colombia.

DONABEDIAN, Avedis 2000. La Calidad de Atención Médica. MEXICO. Pp: 98-112

DONABEDIAN, Avedis 2003."Seminario sobre Garantía de Calidad. Esquemas de Conferencias y materiales ilustrativos". Preparado por A. Donabedian e impreso por Comisión Organizadora, Buenos Aires.

DONABEDIAN, RUELAS E INSTITUTO DE MEDICINA DE LOS ESTADOS UNIDOS 2003. Calidad en Salud.

ESTRELLA P. NARVÁEZ I. 2009. Estudio sobre calidad de atención de salud en los subcentros de Montavo y Huachi Grande.

FARIA, M.1983. La Organización Saludable.

FERNÁNDEZ, Jorge 1998. Tendencias en Gestión, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV), Lima

FLORES, Germán. "Metodología de Asignación Equitativa de Recursos Fiscales en Salud".

GERENCIA DE SALUD REVISTA VIRTUAL. ISSN 1684-8810- Octubre 2002.  
[www.gerenciasalud.com/revista.htm](http://www.gerenciasalud.com/revista.htm)

GÓMEZ, Omar 2007. "Aportes a la Gestión de la Organización Humana" Maracaibo-Venezuela

- GONCALVES, Alexis 1997. Clima organizacional en las redes de salud.
- HICLER 2009. Nivel de atención. Florencia
- HODGE, B. 1998. Teoría de la organización. Un enfoque estratégico. Editorial Prentice-Hall. Madrid.
- HUAMAN, L. 2005. Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud. Ministerio de Salud. Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos. Lima.
- JIMÉNEZ, Sandra 1998. "Prioridades de investigación en gerencia de la salud"
- KAPLAN Y NORTON, 1993. El sistema de contabilidad gracias al cuadro de mando integral. Extraído de la página web <http://apuntes.rincondelvago.com/calidad-y-tención.html>.( 2006)
- LA SERNA, Karlos. Investigadores del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP).
- LALONDE, Marc 1974. "Una Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses". Ottawa-Canadá
- LAREAU, Annette 2003. Infancias desiguales: Vida raza, clase, y la familia. University of California Press
- MÁRQUEZ, PARIENTE y ROJAS 1993. Calidad de Atención en los Servicios de Salud.
- MAYER, David 1999. Health, Growth and Income Distribution in Latin America and The
- MEDGENMED 2007. Published online 2007 March 21. Publicado en Internet el 21 de marzo 2007. 9 (1):. 57 Extraído el 23 Agosto, 2009 PMID: PMC1925021

- MÉNDEZ, Guadalupe 1993. "Proceso en Gestiones de Salud". Editorial Pearson México, p.20
- MILLONES, María 2010. Calidad de Atención en Salud. Publicado en internet el 14 de agosto.
- MONDY, R. NOE M. 1997. Administración de Recursos Humanos. Editorial Prentice Hall, Sexta Edición.
- OMS 2008. Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Capítulo 4, pág.42.
- Outlookb 1999. Mejorar la interacción con los/las clientes: clave para lograr servicios de alta calidad. PATH: Volumen 17, número 2.
- PAGANINI, José 1998. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe
- PEREDA, S. y BERROCAL, F. 1999. Gestión de Recursos Humanos por Competencias, Centros de Estudios Ramón Arces, Capítulos 1. Madrid – España.
- PÉREZ, Manuel 2000. Diccionario de administración. Editorial San Marcos, Lima.
- RAMIREZ- SANCHÉZ y col. 1998. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, Vol 40 N° 1, enero-febrero.
- REYES, María 2012. Protocolo de atención para pacientes que requieren procedimientos diagnóstico-terapéuticos endoscópicos en el Hospital – UTPL durante el periodo Abril – Septiembre 2010. Ecuador.
- REPULLO, José 2002. Conceptos y desarrollos de planificación sanitaria. Pag 14-16.

- ROBBINS, S. 1993. Comportamiento Organizacional. Concepto, controversias y aplicaciones. Editorial Prentice Hall. México.
- RODRÍGUEZ, Elizabeth 2006. Asignación de Recursos a Áreas de Salud. Gestión Vol. 14 N° 1 Primer Semestre / 55
- ROYDER, R. y ANGELONI, M. 2007. Estándares e indicadores de calidad de atención con enfoque intercultural para centros de salud de primer nivel. Cooperazione italiana. Bolivia.
- SANSÓ y BATISTA 2001. Hacia una mayor capacidad resolutive y calidad de la atención en nuestra medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 17(3):214.
- SASSI F et al. 2001. Equit across social groups with different levels of health. In Equit and the economic evaluation of health care. National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. London. Cahp. 2: 22-34.
- SCHULTZ, Paul y AYSIT, Tansel 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Côte d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled", en Journal of Development Economics, vol. 53, N° 2.
- SCOTT, Janny y LEONHARDT, David. "Cuestiones de clase: una edición especial." New York Times 14 mayo de 2005. <http://www.nytimes.com/2005/05/14/national/class/15MOBILITY-WEB.html>. Extraído el 15 de Julio del 2009.
- SOARES, Maria F. 2006. Calidad de atención prestada por el personal médico del servicios de emergencia "Dr. Juan Briceño Agelvis" hospital de niños "J.M de los ríos" Caracas-Venezuela.

- SOLORZA, Fernando 2001. Estudio sobre las estrategias de los bancos líderes para el desarrollo de los recursos humanos. Ediciones Muñoz. Caracas-Venezuela.
- TEMES, J. 1992. Manual de gestión hospitalaria. Editorial Interamericana. España.
- VALVERDE, Alvarez 2001. La cultura y el clima organizacional. Abril-agosto.
- VICENTE M. Y PEREZ J. 2007. Niveles de Atención
- VERA, Marin 2009. Niveles de atención en salud. Extraído de [es.scribd.com/doc/23343816/Niveles-de-Atención-en-Salud](https://es.scribd.com/doc/23343816/Niveles-de-Atención-en-Salud).
- [CUA2005] CUANTO: Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2004. Lima, 2005.
- [ESA2005] ESSALUD. 2005. Manual Institucional. Lima: Defensoría del asegurado. pp. 6- 22.
- [ESA2009] ESSALUD. 2009. Informe estadístico institucional EsSalud 2009
- [INE2001] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000". Lima, Perú. 2001.
- [INE2006] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997–2004; 2006.

## ANEXOS

### CUADRO 17

#### DISTRIBUCION DE PERSONAL DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA- ESSALUD 2009

R	Centros Asistenciales	Población (Trabajadores)	Médicos	Enfermera	Obstetiz	Odontólogo	Técnico Asistencial	Total Trabajadores Asistenciales	Total Trabajadores Administrativos
0	Gestion Gerencial	39	8	1	0	0	0	9	30
1	Hospital III Juliaca	232	41	57	9	5	107	219	13
2	Hospital I Lampa	15	2	4	1	1	7	15	0
3	Policlinico Azángaro	12	2	2	1	1	5	11	1
4	Policlinico Juliaca	25	4	5	3	3	9	24	1
5	Centro Médico Ayaviri	14	2	2	1	2	5	12	2
6	Posta Médica Huancané	10	3	1	1	1	3	9	1
7	Posta Médica San Gabán	4	1	1	1	1	0	4	0
8	Posta Médica San Rafael	6	1	1	0	1	2	5	1
9	Posta Médica Sandía	5	1	1	1	1	1	5	0
	<b>TOTAL</b>	<b>362</b>	<b>65</b>	<b>75</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>139</b>	<b>313</b>	<b>49</b>

FUENTE: Informe Estadístico Institucional-2009





## CODIGOS DE LA ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA – ESSALUD 2009

Variables indicadores y códigos del levantamiento de datos: *Información sobre el entrevistado*

SEX Sexo ( 1) Femenino; (2) Masculino

LRES Lugar de residencia: Prov. de Juliaca (1) Prov. de Lampa (2) Prov. de Azángaro (3) Prov. de Huancané (4) Provincia de Carabaya (4) Prov. de Sandia (5)

OC Ocupación: Médico (1); Enfermera (2); Obstetrix (3); Odontólogo (4); Técnico asistencial (5); Administrativo (6).

DRRHH ¿La disponibilidad del personal de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud es? (1) Insuficiente; (2) Suficiente

ARF ¿La asignación de Recursos Financieros de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud es? (1) Deficiente; (2) Eficiente

CO ¿Cómo percibe Ud., el clima organizacional de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud? (1) Pésimo; (2) Regular; (3) Bueno; (4) Muy Bueno; (5) Excelente

PNC ¿Cómo califica Ud., la programación de número de citas de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud? (1) Pésimo; (2) Regular; (3) Bueno; (4) Muy Bueno

COB Los servicios de cobertura que brinda la Red Asistencial Juliaca - EsSalud, ¿Para Ud., es? (1) Insuficiente; (2) Suficiente

INF La infraestructura actual de la Red Asistencial Juliaca - EsSalud ¿Cómo lo calificaría? (1) Pésimo; (2) Regular (3) Bueno; (4) Muy Bueno; (5) Excelente.

GS ¿Cómo califica Ud., la gestión en salud de la Red Asistencial Juliaca? (1) Muy deficiente; (2) Deficiente; (3) Regular; (4) Bueno; (5) Excelente

**CUADRO 18**

**SINTESIS DE RESUMEN DE ENCUESTA (BASE DE DATOS)**

N	CA	NIAT	DRRHH	ARF	CO	PNC	COB	INF	GS	ED
1	1	2	1	2	3	2	2	2	3	55
2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	45
3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	56
4	1	2	1	2	2	2	2	2	4	55
5	1	2	1	1	2	2	2	2	2	60
6	1	1	1	1	3	1	1	1	2	45
7	1	2	1	2	2	2	2	2	3	36
8	1	1	1	1	3	1	1	1	2	42
9	1	2	1	2	2	2	2	2	2	38
10	1	2	1	1	3	1	1	2	2	43
11	1	1	1	2	2	2	2	1	2	45
12	1	2	1	1	3	1	1	2	2	33
13	1	1	2	2	2	2	2	2	2	40
14	1	2	1	2	3	1	1	1	1	34
15	1	1	2	2	4	2	2	2	3	32
16	1	1	1	1	1	1	2	1	2	44
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29
18	1	3	2	2	4	3	1	3	1	43
19	1	2	2	2	2	2	2	3	1	44
20	1	1	1	1	1	1	2	1	1	43
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29
22	1	2	2	2	3	2	2	2	2	34
23	1	2	2	2	2	2	2	2	2	32
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	43
25	1	2	2	2	2	2	2	2	2	45
26	1	3	2	2	3	2	1	3	1	36
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	45
28	1	2	2	2	2	2	2	2	3	47
29	1	1	1	1	1	1	2	1	2	32
30	1	1	1	2	1	1	1	1	1	45
31	1	3	2	2	4	2	1	3	1	33
32	1	2	1	2	2	2	2	3	1	47
33	1	1	1	1	1	1	2	1	1	37
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	39
35	1	2	2	2	3	2	2	2	2	40
36	1	2	1	1	2	2	2	2	2	44
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	41
38	1	2	1	2	2	2	2	2	2	33
39	1	3	2	2	3	2	1	3	1	56
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	57

41	1	2	2	2	2	2	2	2	3	44
42	1	1	1	1	1	1	2	1	2	43
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	48
44	1	3	2	2	4	3	1	3	1	34
45	1	2	2	2	2	2	2	3	1	51
46	1	1	1	1	1	1	2	1	1	36
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38
48	1	2	1	1	3	2	2	2	2	35
49	1	2	2	2	2	2	2	2	2	55
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33
51	1	2	1	2	2	2	2	2	2	44
52	1	3	2	2	3	2	1	3	1	50
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35
54	1	2	2	2	2	2	2	2	3	30
55	1	1	1	1	1	1	2	1	2	54
56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52
57	1	3	2	2	4	3	1	3	1	34
58	1	2	1	2	2	2	2	3	1	29
59	1	1	1	1	1	1	2	1	1	48
60	1	1	1	2	1	1	1	1	1	33
61	1	2	2	1	3	2	2	2	2	35
62	1	2	2	2	2	2	2	2	3	36
63	1	1	1	1	1	1	2	1	1	38
64	1	2	2	2	2	2	2	2	2	51
65	1	3	2	2	3	3	1	3	1	42
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	41
67	1	2	2	2	2	2	2	2	3	43
68	1	2	2	2	2	2	2	2	1	43
69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	53
70	1	3	2	2	4	3	1	3	1	48
71	1	2	2	2	2	2	2	3	1	45
72	1	1	2	1	1	1	2	1	1	56
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	46
74	1	2	1	1	3	1	1	2	1	29
75	1	1	1	1	2	2	2	2	2	34
76	1	3	2	2	3	3	2	3	2	32
77	1	2	1	1	3	1	1	1	1	43
78	1	2	2	2	1	2	2	2	2	45
79	1	1	1	1	3	1	1	1	1	36
80	1	2	1	1	1	1	1	1	1	45
81	1	3	2	2	1	2	2	2	3	47
82	1	1	1	2	2	2	2	2	2	32
83	1	2	1	1	1	1	1	1	1	45
84	1	1	1	1	2	1	2	1	1	42
85	1	1	2	1	3	1	2	2	1	38

86	1	2	1	1	1	2	1	3	1	46
87	1	2	2	2	2	2	2	1	2	40
88	1	1	1	1	1	1	2	2	3	34
89	1	3	2	2	1	3	1	1	1	37
90	1	1	1	1	4	1	2	1	2	47
91	1	1	1	1	3	1	1	3	1	45
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	43
93	1	1	1	2	2	1	2	1	3	35
94	1	2	2	2	3	2	2	2	3	55
95	1	1	1	1	3	2	2	2	2	45
96	1	2	2	2	2	2	2	2	2	56
97	1	2	2	2	2	2	2	2	4	55
98	1	2	2	2	2	2	2	2	2	60
99	1	1	1	1	3	1	1	1	2	45
100	1	2	2	2	2	2	2	2	3	36
101	1	1	1	1	3	1	1	1	2	42
102	1	2	2	2	2	2	2	2	2	38
103	1	2	2	1	3	1	1	1	2	43
104	1	1	1	1	2	2	2	1	2	45
105	1	2	2	2	3	1	1	1	2	33
106	1	1	2	2	2	2	2	2	2	40
107	1	2	2	2	3	1	1	1	1	34
108	1	1	2	2	4	3	2	2	3	32
109	1	1	1	1	1	1	2	2	2	44
110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29
111	1	3	2	2	4	2	1	3	1	43
112	1	2	2	2	2	2	2	3	1	44
113	1	1	1	1	1	1	2	2	1	43
114	1	1	1	1	1	1	1	2	1	29
115	1	2	2	2	3	2	2	2	2	34
116	1	2	2	2	2	2	2	2	2	32
117	1	1	1	1	1	1	1	2	1	43
118	1	2	2	2	2	2	2	2	2	45
119	1	3	2	2	3	3	1	3	1	36
120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	45
121	1	2	2	2	2	2	2	2	3	47
122	1	1	1	1	1	1	2	1	2	32
123	1	1	1	2	1	1	1	1	1	45
124	1	3	2	2	4	3	1	3	1	33
125	1	2	1	2	2	2	2	3	1	47
126	1	1	1	1	1	1	2	1	1	37
127	1	1	1	1	1	1	1	1	1	39
128	1	2	2	2	3	2	2	2	2	40
129	1	2	2	2	2	2	2	2	2	44
130	1	1	1	1	1	1	1	1	1	41

131	1	2	2	2	2	2	2	2	2	33
132	1	3	2	2	3	3	1	3	1	56
133	1	1	1	1	1	1	1	1	1	57
134	1	2	2	2	2	2	2	2	3	44
135	1	1	1	1	1	1	2	1	2	43
136	1	1	1	1	1	1	1	1	1	48
137	1	3	2	2	4	3	1	3	1	34
138	1	2	2	2	2	2	2	3	1	51
139	1	1	1	1	1	1	2	1	1	36
140	2	2	2	2	2	2	1	3	1	35
141	2	1	1	1	1	1	2	1	2	39
142	2	1	1	1	1	1	2	1	1	37
143	2	2	2	2	3	2	2	2	1	34
144	2	2	2	2	2	2	2	2	1	37
145	2	2	2	2	1	2	2	3	1	36
146	2	2	2	2	2	2	1	2	1	35
147	2	3	2	2	2	2	2	3	2	39
148	3	1	1	1	2	1	1	1	1	38
149	3	2	2	1	3	2	2	2	2	45
150	3	3	2	2	1	3	2	3	3	37
151	3	1	1	1	1	1	2	1	1	36
152	3	2	2	1	3	2	2	2	2	44
153	3	3	2	2	1	3	2	3	3	38
154	4	2	2	2	2	2	2	2	2	35
155	4	1	1	1	1	1	2	1	1	33
156	4	1	1	1	1	1	2	1	1	36
157	4	3	2	2	4	3	2	3	3	37
158	4	2	2	2	2	2	2	3	2	39
159	4	1	1	1	1	1	2	1	1	34
160	4	1	1	1	1	1	2	1	1	37
161	4	2	2	2	3	2	2	2	1	39
162	4	2	2	2	2	2	2	2	1	40
163	4	2	2	2	2	2	2	2	2	36
164	4	1	1	1	1	1	2	1	1	34
165	4	2	1	2	1	1	2	2	1	35
166	4	3	2	2	4	3	2	3	3	39
167	5	1	1	1	1	1	1	1	1	34
168	5	2	2	1	2	2	2	2	2	37
169	5	3	2	2	3	3	2	3	3	35
170	5	1	1	1	1	1	1	1	1	37
171	5	2	2	2	2	2	2	2	2	38
172	5	2	2	1	2	2	2	2	2	38
173	5	3	2	2	3	3	2	3	3	39
174	6	2	2	2	1	1	2	1	3	35
175	6	2	2	2	1	1	2	2	3	39

176	6	3	2	2	3	3	1	2	2	36
177	6	2	2	2	1	1	2	2	3	37
178	6	3	2	2	4	3	1	2	2	38
179	7	2	2	2	2	1	1	1	3	35
180	7	2	2	2	2	1	1	1	3	34
181	8	1	1	1	1	1	2	1	3	37
182	8	2	2	2	1	2	2	2	3	34
183	8	2	2	2	1	2	2	2	3	36
184	9	2	2	2	3	2	1	2	3	34
185	9	2	2	2	3	2	1	2	3	35
186	9	2	1	1	2	1	1	1	3	37

## CUADRO 19

Dependent Variable: NIAT  
Method: ML - Ordered Logit (Quadratic hill climbing)  
Date: 10/29/12 Time: 18:10  
Sample: 1 186  
Included observations: 186  
Number of ordered indicator values: 3  
Convergence achieved after 6 iterations  
Covariance matrix computed using second derivatives

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
DRRH	2.125028	0.708948	2.997438	0.0027
ARF	1.414945	0.660232	2.143103	0.0321
CO	-0.013364	0.312346	-0.042785	0.9659
PNC	2.554429	0.631836	4.042867	0.0001
COB	-3.192012	0.716194	-4.456910	0.0000
INF	1.966503	0.514784	3.820057	0.0001
VS	0.118130	0.385294	0.306598	0.7591
GS	0.655371	0.362841	1.806220	0.0709
ED	0.031101	0.033654	0.924143	0.3554
Limit Points				
LIMIT_2:C(10)	9.214322	2.228158	4.135400	0.0000
LIMIT_3:C(11)	15.99722	2.703600	5.917009	0.0000
Pseudo R-squared	0.644291	Akaike info criterion		0.829522
Schwarz criterion	1.020292	Log likelihood		-66.14558
Hannan-Quinn criter.	0.906830	Restr. log likelihood		-185.9540
LR statistic	239.6169	Avg. log likelihood		-0.355621
Prob(LR statistic)	0.000000			

## CUADRO 20

### MEJOR ÓPTIMO

Dependent Variable: NIAT  
 Method: ML - Ordered Logit (Quadratic hill climbing)  
 Date: 10/29/12 Time: 18:16  
 Sample: 1 186  
 Included observations: 186  
 Number of ordered indicator values: 3  
 Convergence achieved after 6 iterations  
 Covariance matrix computed using second derivatives

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
DRRHH	2.870499	0.603274	4.758201	0.0000
PNC	2.950699	0.584243	5.050463	0.0000
COB	-2.526812	0.573576	-4.405366	0.0000
INF	1.778052	0.451460	3.938448	0.0001
Limit Points				
LIMIT_2:C(5)	6.780962	1.026171	6.608022	0.0000
LIMIT_3:C(6)	13.36385	1.626884	8.214381	0.0000
Pseudo R-squared	0.619258	Akaike info criterion		0.825812
Schwarz criterion	0.929869	Log likelihood		-70.80054
Hannan-Quinn criter.	0.867980	Restr. log likelihood		-185.9540
LR statistic	230.3070	Avg. log likelihood		-0.380648
Prob(LR statistic)	0.000000			

## CUADRO 21

### Estadística descriptiva de las variables

	NIAT	DRRHH	ARF	CO	PNC	COB	INF	GS	ED
Mean	1.731183	1.500000	1.548387	1.994624	1.661290	1.618280	1.790323	1.720430	40.52151
Median	2.000000	1.500000	2.000000	2.000000	2.000000	2.000000	2.000000	2.000000	39.00000