

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

**FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE
LURIGANCHO SISOL – LIMA 2013”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE INGENIERO INDUSTRIAL

AUTOR : Bach. ALCIDES GARAY POMA

CALLAO – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida; A mi madre Julia por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida. Con todo mi cariño estas tesis se las dedico a mis amados hijos:

Leonid Brandon

Franco Salec

Erzo Francesco

Greco Leonardo

ALCIDES GARAY POMA

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Cesar Torres Sime, expresarle mi más sincero agradecimiento, su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Al Ing. José Bringas Zúñiga, por su apoyo total y su amistad desde los inicios de mi carrera de Ing. Industrial.

Al Ing. Oswaldo Camasi; Ing. Luis Llanos; Ing. Guillermo Quintanilla; Ing. José Farfán y Ing. Ceferino Bellido, les agradezco todo el apoyo brindado a lo largo de mi carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

Al Ing. Giovana Torres; por el apoyo recibido desde el día que la conocí; por ser más que una amiga ser como una hermana. Por todo el apoyo recibido para la realización de esta Tesis. Por todo los consejos y el apoyo recibido en los momentos más difíciles de mi vida.

ÍNDICE

Prologo.....	15
Resumen.....	19
Abstract.....	22

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición del Problema.....	24
1.2 Formulación del Problema	24
1.3 Sub problemas principales	25
1.4 Objetivos.....	25
1.4.1 Objetivo general.....	25
1.4.2 Objetivo Especifico.....	25
1.5 Justificación del investigación.....	26
1.6 Limitaciones de la Investigación	27
1.7 Hipótesis.....	27
1.7.1Hipótesis General.....	27
1.7.2Hipótesis Especificas.....	27

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

2.1 Aspectos conceptuales.....	29
2.1.1 Antecedentes del estudio.....	29
2.2 Apreciación de expertos sobre el tema	30
2.3 Trabajos de Investigación relacionados al tema	32
2.4 Dimensiones de la calidad de la atención en salud desde la perspectiva del usuario	35
2.4.1 Revisión documental.....	37
2.4.2 Grupos focales y entrevistas con usuarios.....	42
2.4.3 Entrevistas a directivos y expertos.....	44
2.5 Definición del enfoque metodológico	47
2.6 Metodología SERQUAL.....	48
2.7 La calidad del servicio : El punto de vista del usuario.....	50
2.8 Criterios de Serqual y los 10 criterios iniciales de evaluación de la calidad del servicio.....	53
2.9 Bases Teóricas.....	53
2.9.1 La higiene como elemento de salud.....	55
2.9.1.1 La higiene como necesidad básica	55
2.9.1.2 La adquisición de los hábitos de higiene.....	55
2.9.2 Aseo corporal.....	56
2.9.3 Cuidados del Neonato	57
2.9.3.1 Examen físico inmediato.....	57
2.9.3.1.1 Test de Apgar.....	57

2.9.3.1.2 Escala de Apgar.....	57
2.9.3.1.3 Examen físico posterior.....	59
2.9.4 El recién nacido normal.....	67
2.9.5 Alimentación natural.....	68
2.9.6 Nutrición y alimentación del recién nacido.....	73
2.9.6.1 Fisiología de la lactancia.....	75
2.9.6.2 Requerimientos y recomendaciones nutricionales del Neonato Prematuro y de bajo peso.....	78
2.10 Cuidados específicos del Neonato	81
2.10.1 El baño.....	81
2.10.2 El acicalado.....	83
2.10.3 El cambio de pañales.....	84
2.10.4 Desvestir y vestir al neonato.....	87
2.11 Función de protección.....	88
2.11.1 Factores ambientales.....	88
2.12 Función ergonómica.....	88
2.13 Función ambiental.....	89
2.14 Higiene medio ambiental.....	89
2.15 Alteraciones relacionadas con deficiencias en la higiene.....	90
2.16 Bases Conceptuales.....	93
2.16.1 El desafío de la calidad en las organizaciones de la salud.....	93
2.16.2 La evaluación de la calidad de la atención en el sector salud: Modelos y conceptos básicos.....	96
2.16.3 Definición de la calidad de atención.....	102

2.16.4 La satisfacción en la evaluación de la calidad de la atención.....	105
2.16.5 Trato con el usuario.....	110
2.16.5.1 ¿Qué es la Escucha Empática?.....	114
2.17 Definiciones y Conceptos de la calidad.....	115
2.18 El enfoque Multidisciplinario.....	119
2.18.1 Las 3 Dimensiones de la calidad	126
2.19 Definición de términos.....	130

CAPITULO III

III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Variable e Indicadores.....	141
3.1.1 Variables de Estudio.....	141
3.1.1.1 Variable independiente.....	141
3.1.1.2 Variable dependiente.....	141
3.2 Tipo de Investigación.....	141
3.2 Diseño de Investigación.....	141
3.4 Población y Muestra.....	142
3.4.1 Población.....	142
3.4.2 Muestra.....	142
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	143
3.5.1 La encuesta.....	143
3.5.2 Análisis Documental.....	143
3.6 Técnicas de procedimientos y análisis de datos.....	143

3.7 Tipo de Innovación.....	144
3.8 Viabilidad.....	144
3.9 Confiabilidad.....	144
3.10 Validez.....	144
3.10 .1 Valides de Contenido.....	145

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS

Tablas de Frecuencia.....	146
Discusión de Resultados	198
Conclusiones.....	206
Recomendaciones.....	207

ANEXOS

Estadísticos Descriptivos	209
Encuesta	215
Bibliografía.....	222

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°4.1 Edad	147
TablaN°4.2 Sexo	148
Tabla N°4.3 Estado civil	149
Tabla N°4.4 Grado de Instrucción	150
Tabla N°4.5 Qué tipo de transporte utiliza para llegar al hospital	151
Tabla N°4.6 Acudió anteriormente al Hospital	152
Tabla N°4.7 Si la respuesta es No como decidió atenderse en el Hospital	153
Tabla N°4.8 Cuanto tiempo espero a ser atendido desde la hora que llegó al consultorio ; en minutos	154
Tabla N°4.9 Como lo trato el personal administrativo	155
Tabla N°4.10 Para usted. Cuál sería el mejor horario para la consulta	156
Tabla N°4.11 Considera usted que el profesional que le brinda la atención comprende claramente lo que usted le explica	157
Tabla N°4.12 Usted comprende las explicaciones que le da el profesional	158
Tabla N°4.13 Conoce usted su diagnostico	159
Tabla N°4.14 ¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	160
Tabla N°4.15 ¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	161
Tabla N°4.16 ¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	162
Tabla N°4.17 ¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	163
Tabla N°4.18 ¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	164

Tabla N°4.19	En qué medida se siente usted satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud	165
Tabla N°4.20	Recibió orientación oportuna y adecuada en el hospital	166
Tabla N°4.21	Si la respuesta es No entonces:	167
Tabla N°4.22	Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido	168
Tabla N°4.23	Cómo evalúa la calidad del servicio de salud en el hospital	169
Tabla N°4.24	¿Qué es lo que más le incomoda al recibir el servicio en el hospital?	170
Tabla N°4.25	El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en:	171
Tabla N°4.26	El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:	172
Tabla N°4.27	las condiciones que ofrece el hospital para desarrollar su trabajo es:	173
Tabla N°4.28	El número de personal de apoyo que trabaja con usted en la consulta es:	174
Tabla N°4.29	¿El sistema de los servicios de consultorios de la institución permite que el paciente llegue a la consulta en buen estado de ánimo?	175
Tabla N°4.30	Esta usted satisfecho con el trabajo que realiza en su consulta	176
Tabla N°4.31	¿Cómo estima usted que es la calidad de su trabajo?	177
Tabla N°4.32	La historia clínica en el tiempo de llegada es el adecuado	178
Tabla N°4.33	Cuenta con personal adecuado para la atención del usuario	179
Tabla N°4.34	Los pacientes se sienten con un buen ánimo para recibir la consulta	180
Tabla N°4.35	Esta usted satisfecho con su trabajo	181

Tabla N°4.36	¿Cómo evaluaría la calidad de su servicio?	182
Tabla N°4.37	¿Qué grado o título ha obtenido, marcar el mayor?	183
Tabla N°4.38	¿Qué posibilidades tiene usted para que lo coloquen en un puesto de mayor responsabilidad que el suyo?	184
Tabla N°4.39	En los últimos años asistió a eventos con más de 80 horas de capacitación y/o actualización	185
Tabla N°4.40	Los equipos con que cuenta el hospital son:	186
Tabla N°4.41	Se siente satisfecho con su trabajo	187
Tabla N°4.42	Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son:	188
TablaN°4.43	El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada	189
TablaN°4.44	Los usuarios se van satisfecho con el servicio recibido	190
TablaN°4.45	En el último año cuantas capacitaciones ha recibido	191
TablaN°4.46	Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo	192
TablaN°4.47	La capacitación recibida ha aplicado para mejorar su servicio	193
TablaN°4.48	Propone usted iniciativas y alternativas para mejorar la calidad de su servicio	194
TablaN°4.49	Las relaciones laborales con su jefe son:	195
TablaN°4.50	Que necesita para incrementar la eficiencia de su servicio	196
TablaN°4.51	Que es lo que debe mejorar en su servicio	197

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°4.1	Edad 147
Gráfico N°4.2	Sexo 148
Gráfico N°4.3	Estado civil 149
Gráfico N°4.4	Grado de Instrucción 150
Gráfico N°4.5	Qué tipo de transporte utiliza para llegar al hospital 151
Gráfico N°4.6	Acudió anteriormente al hospital 152
Gráfico N°4.7	Si la respuesta es No como decidió atenderse en el hospital 153
Gráfico N°4.8	Cuanto tiempo espero a ser atendido desde la hora que llegó al consultorio ; en minutos 154
Gráfico N°4.9	Como lo trato el personal administrativo 155
GráficoN°4.10	Para usted. Cuál sería el mejor horario para la consulta 156
GráficoN°4.11	Considera usted que el profesional que le brinda la atención comprende claramente lo que usted le explica 157
GráficoN°4.12	Usted comprende las explicaciones que le da el profesional 158
GráficoN°4.13	Conoce usted su diagnostico 159
GráficoN°4.14	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?. 160
GráficoN°4.15	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención? 161
GráficoN°4.16	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención? 162
GráficoN°4.17	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención? 163
GráficoN°4.18	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención? 164

GráficoN°4.19	En qué medida se siente usted satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud	165
GráficoN°4.20	Recibió orientación oportuna y adecuada en el hospital	166
GráficoN°4.21	Si la respuesta es No entonces:	167
GráficoN°4.22	Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido	168
GráficoN°4.23	Cómo evalúa la calidad del servicio de salud en el hospital	169
GráficoN°4.24	¿Qué es lo que más le incomoda al recibir el servicio en el hospital?	170
GráficoN°4.25	El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en:	171
GráficoN°4.26	El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:	172
GráficoN°4.27	las condiciones que ofrece el hospital para desarrollar su trabajo es:	173
GráficoN°4.28	El número de personal de apoyo que trabaja con usted en la consulta es:	174
GráficoN°4.29	¿El sistema de los servicios de consultorios de la institución permite que el paciente llegue a la consulta en buen estado de ánimo?	175
GráficoN°4.30	Esta usted satisfecho con el trabajo que realiza en su consulta	176
GráficoN°4.31	¿Cómo estima usted que es la calidad de su trabajo?	177
GráficoN°4.32	La historia clínica en el tiempo de llegada es el adecuado	178
GráficoN°4.33	Cuenta con personal adecuado para la atención del usuario	179
GráficoN°4.34	Los pacientes se sienten con un buen ánimo para recibir la consulta	180
GráficoN°4.35	Esta usted satisfecho con su trabajo	181

GráficoN°4.36	¿Cómo evaluaría la calidad de su servicio?	182
GráficoN°4.37	¿Qué grado o título ha obtenido, marcar el mayor?	183
GráficoN°4.38	¿Qué posibilidades tiene usted para que lo coloquen en un puesto de mayor responsabilidad que el suyo?	184
GráficoN°4.39	En los últimos años asistió a eventos con más de 80 horas de capacitación y/o actualización	185
GráficoN°4.40	Los equipos con que cuenta el hospital son:	186
Gráfico N°4.41	Se siente satisfecho con su trabajo	187
GráficoN°4.42	Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son:	188
GráficoN°4.43	El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada	189
GráficoN°4.44	Los usuarios se van satisfecho con el servicio recibido	190
GráficoN°4.45	En el último año cuantas capacitaciones ha recibido	191
GráficoN°4.46	Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo	192
GráficoN°4.47	La capacitación recibida ha aplicado para mejorar su servicio	193
GráficoN°4.48	Propone usted iniciativas y alternativas para mejorar la calidad de su servicio	194
GráficoN°4.49	Las relaciones laborales con su jefe son:	195
GráficoN°4.50	Que necesita para incrementar la eficiencia de su servicio	196
GráficoN°4.51	Que es lo que debe mejorar en su servicio	197

Prologo

La tesis ofrece información, revisión, análisis actual de la realidad de los aspectos más importantes de la salud perinatal; siendo el principal actor el neonato .

El presente trabajo contiene información acerca de los beneficios que ofrecen para los niños recién nacidos. También, se darán a conocer los principales servicios que ofrece el Hospital de San Juan de Lurigancho – SISOL a la población en general, además de los diferentes servicios que se requieren implementar ante sus usuarios, conociendo más sobre el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho - SISOL.

Evaluación propia del proceso de atención de salud, mediante el cual determinará prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia, las cuales son características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; y atención al usuario, para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos. Igualmente, es claro que el monitoreo de la calidad de la atención debe complementarse con información que recoja la perspectiva de los usuarios, a fin de lograr el propósito de la integralidad de las acciones. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, pues permite, mediante un proceso de investigación relativamente rápido, obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la entidad prestadora de los

servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

En primer lugar, el proyecto siguió los enfoques conceptuales de Donabedian y Williams , en los que se reconoce que la satisfacción del usuario deber ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, como un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho. Por tanto, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad. Teóricamente también se partió de considerar las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, del modelo desarrollado por Donabedian, el cual propone un análisis de la calidad a partir de tres dimensiones -estructura, procesos y resultados-. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los trámites) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

En esta publicación se presenta el enfoque metodológico general para el desarrollo del proyecto, se describen las diferentes fases y componentes

centrales de la metodología utilizada, así como los procesos para la aplicación de la misma, que permitieron llegar a los resultados de la línea de base, sobre la percepción de los usuarios en torno a la calidad de la atención en salud en el servicio de Neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL.

Con esta metodología se trata de que los(as) usuarios(as) tengan un espacio que les permita participar en el diseño y evaluación de los servicios de salud, sobre la base de sus expectativas y percepción que tengan de la calidad de los servicios.

En la presente investigación desarrollaremos los siguientes capítulos:

En el primer capítulo, sobre el planteamiento inicial de la investigación, se presentará: la identificación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación de la investigación, limitaciones y facilidades y la hipótesis.

En el segundo capítulo, el marco teórico, se considerarán: los antecedentes del estudio, los antecedentes referenciales, las bases científicas y el desarrollo de las variables de estudio relacionadas a la nivel de calidad en el hospital de San Juan de Lurigancho SISOL , en los pacientes de consulta externa en el servicio de neonatología y finalmente, la definición de términos.

En el tercer capítulo, de la metodología se exponen: la relación entre las variables de la investigación, el tipo de investigación, el diseño de la investigación, metódica de cada momento de la investigación, la operacionalización de variables, la población y muestra, el procedimiento de recolección de datos, desarrollando también la confiabilidad de los

instrumentos del investigador, y el procesamiento estadístico y análisis de datos.

En el cuarto capítulo, se presentan: resultados en las gráficas y tablas finales de la investigación.

En el quinto capítulo, se expone: la discusión de los resultados y la contratación de las hipótesis con los resultados.

Finalmente las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

En tal sentido, a través de la presente investigación se espera contribuir en la identificación de los factores que inciden en la calidad en base al desarrollo de las personas.

El Autor

RESUMEN

Es necesario crear una cultura basada en la evidencia científica, también es necesario tener organizaciones centradas en el usuario , con mecanismos de supervisión y control que garanticen el cumplimiento de normas y estándares y la formulación de acciones correctivas, que minimicen los errores médicos, optimicen los recursos y garanticen la calidad de la atención médica .

Tenemos que hacer cambios organizacionales al interior de nuestras instituciones que permitan la racionalización de los escasos recursos. Lo planteado busca mejorar la gestión y la calidad del servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL.

Calidad de la atención médica es la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente; en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

El usuario puede estar satisfecho con la atención recibida aun cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento a que fue sometido. Además en esta ecuación de beneficios y riesgos, cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad. Tal es el caso de los riesgos que superan a los beneficios, como sucede con la iatrogenica, de los que, nuevamente, el paciente podría no estar plenamente consciente e incluso manifestar satisfacción por el trato recibido.

La calidad no es un concepto absoluto sino relativo, en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios

factibles y de riesgos prevenibles. En este caso por estándar debe entenderse la asignación de valores a determinados indicadores, que permitan medir, de alguna manera, los niveles de calidad alcanzados en situaciones específicas. Así la calidad resulta siempre un juicio comparativo.

En el concepto de calidad pueden distinguirse dos dimensiones íntimamente relacionadas, a las que Donabedian denomina "Técnica" e "Interpersonal".

La dimensión técnica se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del usuario.

La dimensión interpersonal se refiere a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el usuario. Dentro de esta segunda dimensión puede incluirse una tercera dimensión que se denomina "Comodidades", es decir, en las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio, por ejemplo las condiciones de ventilación de las habitaciones del hospital o bien la comida que se ofrece al paciente. Es importante hacer notar que, por lo general, los proveedores de los servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica, en tanto que los usuarios privilegian la dimensión interpersonal.

Garantía de calidad, según Donabedian es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y proporcionarle los mayores beneficios posibles.

La definición de garantía de calidad implica necesariamente cambio organizacional. Esta definición se operacionaliza a través de programas de garantía de calidad que integran los componentes de la definición y que es el conjunto de acciones sistematizadas para identificar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones factibles y hacer seguimiento a las acciones propuestas.

Aun las Sociedades Científicas no disponen de un sistema adecuado de certificación del personal de salud.

ABSTRACT

The thesis provides information, review, analysis of the current reality of the most important aspects of perinatal health; being the main actor neonate

This paper contains information about the benefits offered to newborn children . Also , they will present the main services offered by the Hospital San Juan de Lurigancho - SISOL to the general population , in addition to the various services required to implement to its users , knowing more about the service of neonatology at the Hospital of St. Juan de Lurigancho - SISOL .

Own assessment of the health care process by which to determine priorities systematically evaluate care processes to users from the point of view of compliance with the convenience , accessibility, continuity, security and relevance , which are characteristic of the Mandatory System Quality Assurance ; and (2) customer service, to evaluate user satisfaction with respect to the exercise of their rights and the quality of services received . It is also clear that monitoring the quality of care should be supplemented by information collected by the user perspective , in order to achieve the purpose of the comprehensive actions . Assessing quality of care from the user perspective is becoming more common , as it allows , through a relatively fast process research, get a set of concepts and associated attitudes regarding the care provided , with information which benefit the entity providing health services to the direct providers and users themselves in their needs and expectations is acquired.

First, the project continued Donabedian conceptual approaches and Williams , which recognizes that customer satisfaction should be included in assessments of quality assurance , as an attribute of quality care ; as a legitimate and desirable outcome , given that health care cannot be high quality unless the

user is satisfied. Thus , user satisfaction is understood as one of the quality attributes . Theoretically also departed to consider the conceptual and methodological basis of the quality of care, the developed by Donabedian , which proposes a quality analysis from three - dimensional structure, processes and model results . This scheme assumes that the results really are the result of care provided, which means that not all results can be easily and exclusively attributable to processes, and not all processes will be directly and unambiguously the structure. Based on the above, the analysis of user satisfaction , seen as an indicator of the outcome dimension , from which you can get the opinion about aspects of the structure (amenity , physical facilities, organization emerges) , process (procedures and actions in consultation and procedures) and the outcome (changes in health status and the general perception of the care provided) .

The general methodological approach for the development of the project is presented in this paper, the different phases and core components of the methodology used, and the processes for implementing the same, that allowed get the results of the baseline described on the perception of users about the quality of health care in the neonatology service Hospital San Juan de Lurigancho SISOL.

This methodology is that (as) users (as) have a space that allows them to participate in the design and evaluation of health services, based on their expectations and perceptions have quality services .

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El problema de la deficiencia de atención en el servicio de Neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL , se manifiesta en la demora de atención, la falta de calidad humana en la atención, la orientación debida que deben recibir respecto a su estado de salud, etc.

Diversos son los problemas que aquejan al servicio en sí, lo que no permite desarrollar un trabajo eficiente y efectivo. Por ejemplo, el problema del elevado tiempo de espera de los pacientes en consulta externa, a lo que se atribuye como causas la escasa capacitación del personal para una atención oportuna al usuario y la indiferencia del personal para la atención óptima en la consulta externa.

Para la obtención de la información se emplearon métodos de investigación científica como son la observación y el análisis documental. El estudio aportó información de interés que podrá ayudar mejor y más diferenciado tratamiento al paciente neonato. Se elaboró un plan de acción donde el principal protagonista lo tiene el personal de enfermería.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de calidad que el Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL, ofrece a los pacientes de consulta externa en el servicio de neonatología?

1.3 SUB PROBLEMAS PRINCIPALES

- a) ¿Cuál es el nivel de satisfacción con respecto a la calidad de atención recibida por el paciente neonato?
- b) ¿Cuál es el nivel de capacitación que tiene el personal médico y administrativo en el servicio de neonatología del Hospital San Juan de Lurigancho SISOL?
- c) ¿Cuál es el tiempo promedio que esperan los pacientes neonatos para recibir atención en una consulta externa?
- d) ¿De qué manera la infraestructura influye en la calidad que brinda en el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de calidad que el Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL , ofrece a los pacientes de consulta externa en el servicio de neonatología .

1.4.2 Objetivos Específicos:

- a) Evaluar el nivel de satisfacción con respecto a la calidad de atención recibida por el paciente .
- b) Conocer el nivel de capacitación que tiene el personal médico y administrativo en el servicio de neonatología del Hospital San Juan de Lurigancho SISOL.

- c) Determinar el tiempo promedio que esperan los pacientes para recibir atención en una consulta externa .
- d) Evaluar de qué manera la infraestructura influye en la calidad que brinda en el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se realizará tomando en cuenta el proceso de la investigación científica. Al respecto se identifica la problemática, en base a la cual se formula las soluciones correspondientes a través de las hipótesis. Se especifica la metodología a utilizar y todos los elementos complementarios.

Se identificarán las principales teorías sobre calidad humana, mejora del trato y otros elementos importantes.

Sin calidad humana en las personas que prestan los servicios de neonatología, no se puede concebir este servicio. La calidad humana es la receta que necesitan los pacientes del servicio. Sin calidad humana no se concibe nada.

El servicio de neonatología, podría tener los médicos, enfermeras, pediatras, auxiliares y personal en general muy capacitado, entrenada y perfeccionado; pero si los mismos no tienen calidad humana, no tiene sentido que sigan prestando servicios hospitalarios.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones en la realización del presente trabajo es que existen pocos trabajos (Tesis, Proyectos de Investigación) que traten de Evaluar la Calidad de los Servicios de Salud que brindan las instituciones de salud.

Otra limitación es la escasez de recursos económicos que se destinan a estas investigaciones, el presupuesto de este trabajo deba ser financiado en su integridad por el autor.

1.7 HIPÓTESIS

1.7.1 HIPÓTESIS GENERAL

La calidad que el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL que brinda , está directamente relacionado con el nivel de capacitación , tiempo promedio de espera para ser atendido , infraestructura , y con la satisfacción del servicio recibido .

1.7.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- a) La calidad que el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL que brinda, está directamente relacionado con el nivel de satisfacción.
- b) La calidad que el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL que ofrece, está directamente relacionado con el nivel de capacitación que tiene el personal médico y administrativo.

- c) La calidad que el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL que brinda, está directamente relacionado con el tiempo promedio que esperan los pacientes para recibir atención en una consulta externa.

- d) La calidad que el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL, está directamente relacionado con la infraestructura con que dispone el servicio de neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

2.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

2.1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Torres Giovana (2011) : “ Enfoque de la Ingeniería Industrial para Evaluar el servicio de Psicología de la Universidad Nacional del Callao ” una de las prioridades es crear sensibilidad hacia el paciente debido a que es la única manera de mantener la relación a largo plazo , es necesario efectuar revisiones continuas que den a conocer las necesidades de los pacientes y de esta manera cumplir con las expectativas de los mismos como también la aplicación de herramientas que permitan su mejoramiento continuo .

Hilda Sánchez (2003) desarrolló un trabajo de investigación titulada: "La calidad de servicio en el sector hospitalario: Estudio comparativo entre entidades estatales y privadas". La investigación fundamenta su problemática en el sentido que la calidad de servicio en el sector hospitalario no es óptima por lo que se requiere una reingeniería a fin de lograr que los pacientes obtengan el derecho a la salud, tal como estipula la Constitución Política del Perú. La investigación comprobó que existían diferencias significativas en la percepción y valoración de la calidad de servicio.

Tipacti, Luis (2000): "Evaluación de la calidad de la atención de los servicios de la consulta externa en los hospitales públicos de Lima Metropolitana y Callao". Se parte del problema de la deficiencia de la atención en consulta externa a los usuarios de los hospitales públicos de

Lima Metropolitana y Callao, por lo que es necesario realizar una evaluación de desempeño a los trabajadores para determinar la eficiencia laboral en la atención a los usuarios.

2.2 APRECIACION DE EXPERTOS SOBRE EL TEMA :

Weiss (1998) : Ha señalado que la evaluación puede poner al descubierto fallas programáticas o de programación. Por lo antes señalado, la evaluación es considerada hoy en día una acción necesaria para la gestión y gerencia de los programas de salud y por otra parte, como una herramienta indispensable para valorar el impacto de los programas y servicios en la población.

Por su parte Peláez (1999) : Coordinadora Regional de las Ameritas del área de envejecimiento y la salud de la O.P.S. dijo respecto a la región , que la calidad de vida dependerá de los estilos saludables , de nuestras propias actividades y de enfoques positivos .

Brandling – Bennett (1999) , Director Adjunto de O.P.S. menciona que , en una reciente visita a Chile y Brasil pudo comprobar lo profundo de la atención al enfoque familiar de la salud , preocupándose no solamente del empleado como un ente aislado sino dentro del contexto de su familia .

Añadió que los problemas mentales representan una carga significativa para los servicios de salud, así mismo hizo referencia de las discapacidades socio- económicas y de estatus de salud entre las personas con problemas mentales.

Alleyne (1996) , Director de la Organización Panamericana de la Salud menciona : en fecha reciente ha surgido un movimiento , que cada vez cobra mas intensidad , para colocar a la salud en el contexto del desarrollo humano . Si entendemos por desarrollo humano, la posibilidad de que los seres humanos tengan la oportunidad de disfrutar de las mejores opciones que ofrece la vida , entonces hay cinco aspectos que contribuyen ese desarrollo , ellos son la salud , el crecimiento económico , un medio ambiente sin riesgos , la educación y un conjunto de disposiciones legales que pueden ser consideradas como libertades de la gente .

La salud y la educación contribuyen al crecimiento económico y viceversa, la educación y la salud están vinculados, y ya no se discute la interacción entre la salud de un pueblo y su entorno físico. Si bien es cierto el papel de la familia es fundamental, este no es el único espacio. Recientemente la O.P.S. ha venido promoviendo el concepto de municipios saludables como uno de los espacios más importantes, además de seguir identificando otros, como las escuelas y los centros de trabajo.

Además agrego, suele decirse que la falta de progreso en uno u otro terreno se debe a la ausencia de voluntad política, no es una identidad abstracta, sino una acción manifiesta de la interacción de múltiples fuerzas complejas y la O.P.S. Como organización y el sector salud tiene la responsabilidad de velar porque quienes ejercen la voluntad política estén informados.

También se debe velar porque se presenten políticas y planes adecuados a quienes toman las decisiones. Se debe procurar tener promotores de nuestros intereses en lugares estratégicos que ayuden a darle forma a la opinión pública para, que a su vez esta influya en la política pública. Esto es valioso para la salud mental y para todos los otros asuntos que son motivo de inquietud para el público.

2.3 TRABAJOS DE INVESTIGACION RELACIONADOS AL TEMA:

Hidalgo, Cornejo, Carrasco y otros (1998), desarrollaron un modelo de Evaluación del programa de salud familias en riesgo biopsicosocial en la atención primaria:

Centro de Salud Villa o Higgins de la comuna de Florida. Este programa estuvo dirigido a familias pobres, de baja asistencialidad y en riesgo de salud. En este trabajo se enfatiza la evaluación de la Calidad del Programa, el que contempla una evaluación de la Calidad Técnica y la Calidad Económica tanto a nivel de estructura como de procesos según el modelo de Sara cenó & Levav (1992).

Como resultados se encontraron una buena aceptación del enfoque por parte de los equipos de salud local y de los usuarios, la adecuada accesibilidad al programa y un costo económico razonable. Se encontraron como dificultades la falta de capacitación para su abordaje, la estructura Tradicional de programas y la falta de indicadores apropiados para elevar su efectividad.

La Secretaria de salubridad y asistencia de México (1984), realizo un programa de acción, el cual estuvo vinculado a la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la Calidad de atención médica.

En este trabajo se evaluaron las experiencias obtenidas y se analizaron los tres niveles en que se estratifica el sistema, sus enfoques y las acciones que se desarrollan.

La Secretaria de Salubridad y asistencia; Instituto Mexicano del Seguro Social .Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado (1984).

Desarrolla un trabajo en el que se exponen los elementos que dan origen al sistema de servicios de atención médica, haciendo una evaluación de las experiencias obtenidas, y exponen la problemática general del sistema. Se remuneran las características requeridas por el sistema para obtener el impacto en el nivel de salud. Se analizan los tres niveles en que se estratifica el sistema, sus enfoques y las acciones que se desarrollan. Para operatizar dicho sistema se debe apoyar en un buen sistema de referencia y contra referencia de pacientes.

Donahue (1993) expone en su trabajo "Calidad de la atención de Salud en los Estados Unidos "lo siguiente: Actualmente los Estados Unidos de Norteamérica gasta más de 13% del Producto Interno Bruto en la atención a la salud. Los consumidores, los proveedores y los que pagan la atención quieren el valor de cada dólar que se gasta, lo que significa que necesitan información sobre los costos y la calidad de la atención. Desde 1986 , la comisión conjunta de acreditación de organizaciones de atención lanzo su agenda para el cambio , en un esfuerzo para cambiar el proceso

de acreditación de estándares de estructura a proceso . Actualmente la Comisión conjunta cuenta con nuevos indicadores que son el resultado de intensas pruebas piloto. La Comisión conjunta estimula y facilita la calidad de la atención en las organizaciones y reconoce que los conceptos de la mejora continua de la calidad son solo una manera de mejorar el desempeño.

Donabedian (1993), presenta en su trabajo "Prioridad para el progreso de la evaluación y monitoreo de la Calidad de la atención ", las siguientes conclusiones: La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional, con ella todo esfuerzo razonable de monitoreo de la calidad tendrá éxito .Sin ella el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fracasara. Las actividades de garantía de la Calidad, tienen que conformar un sistema interrelacionado , de algunas partes nuevas y otras antiguas , de algunas centralizadas y otras descentralizadas , de algunas de control y otras de motivación , de algunas que detecten fallas y otras educativas , de algunas que prevean riesgos y otras que promuevan la calidad .

Pone énfasis en prestar importancia a los consumidores, ya que estos generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos en su propio cuidado. Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención.

Así mismo , añade, regulan la atención que se brinda al decidir cual deben recibir o rechazar , así como su procedencia , al grado tal que tienen alternativas para escoger, finalmente juzgan la tensión medica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y

consecuencias . Finalmente considera muy importante a largo plazo ,la promoción de una cultura de apoyo a la garantía de la calidad, dice que esta ,debe convertirse en una parte conocida, aceptable , incluso necesaria de la vida profesional , refuerzo de la participación personal a través de la educación y la capacitación durante la vida profesional y el apoyo institucional y político .

Jiménez, Baez, Perez y Reyes (1999), desarrollan el trabajo “Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud “. En este trabajo se propone una metodología que permite evaluar la calidad, utilizando para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como trazadores para el proceso y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación en los que intervienen el propio personal de la institución objeto de la misma, y se refiere no solo a los resultados de la atención, sino también a la estructura y el proceso. Se incluye también la opinión de los usuarios del servicio. La aplicación de esta metodología permite un mayor compromiso de los proveedores de los servicios con los resultados del proceso y con las medidas correctoras que dé el deriven, por lo que se hacen más factibles las soluciones a los problemas que se detecten.

2.4 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Establecer una metodología para medir la calidad del servicio es un asunto que hoy aún resulta bastante complejo, entre otras razones porque no existe aún un consenso frente a la definición de este concepto. Las

escalas de medición de la calidad son discutidas de manera abundante en la literatura. Sin embargo, en principio, se reconocen dos formas de medir la calidad de los servicios: una, desde el punto de vista del oferente, como adaptación a las especificaciones establecidas para la prestación y la otra desde la perspectiva del usuario. No sólo la evaluación general de la calidad de los servicios, sino la identificación de las dimensiones de calidad o de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario deben ser retos de las políticas de orientación hacia el usuario, por parte de las instituciones prestadoras de salud. Los problemas inherentes a la identificación de las dimensiones y de los atributos de la calidad deben ser un tema de interés para los profesionales, los administradores y también para los investigadores. Con base en estas consideraciones, en esta primera fase se desarrolló un sondeo exploratorio a fin de identificar las principales potenciales dimensiones y variables representativas para la valoración de la calidad del servicio en una institución hospitalaria de carácter público, las hipótesis de atributos asociados, así como para avanzar en la identificación del lenguaje de los usuarios, como insumo para la posterior elaboración de los instrumentos centrales de recolección de la información del estudio.

Para esta etapa se consideró una triangulación de información, contrastando métodos, fuentes y datos, mediante la aplicación de tres técnicas provenientes de la investigación cualitativa: **revisión documental, grupos focales y entrevistas con usuarios y entrevistas en profundidad a directivos y expertos.**

A continuación se presentan los resultados de cada uno de estos ejercicios de indagación y su aporte en la definición del enfoque metodológico seleccionado y de las dimensiones de calidad definidas para este estudio.

2.4.1 Revisión documental

Se realizó una extensa revisión bibliográfica para identificar los principales debates y aspectos metodológicos estudiados previamente en relación con la valoración de la calidad de la atención en salud desde la óptica de los usuarios.

En primer lugar, se encontró que el concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, como son, la calidad objetiva y la calidad percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características. Este último enfoque es el que nos interesa al objeto del presente trabajo de investigación ya que las cualidades distintivas de los servicios (naturaleza intangible, heterogeneidad e imposibilidad de separar la producción y el acto del consumo) dificultan la estandarización y el control de calidad del servicio prestado. Bajo dicha perspectiva podemos distinguir dos modelos conceptuales de calidad, basados en las percepciones del cliente, los cuales presentan una serie de características comunes que logran una complementariedad entre los mismos. El primero, sería el Modelo de la Imagen, formulado por Grönroos, el cual indica que la calidad experimentada es evaluada por el cliente atendiendo a dos dimensiones de la misma: una técnica o de

resultado, que coincide con la prestación efectiva que el cliente recibe cuando el proceso productivo y las interacciones comprador-vendedor han concluido; y una dimensión funcional de los procesos, que se identifica como la forma en que se recibe el servicio así como el modo en que el cliente experimenta el proceso simultáneo de producción y consumo. También es preciso considerar la influencia que tienen en las evaluaciones pos consumo, las expectativas que los clientes se habían hecho respecto al servicio que iban a recibir. Surge así el concepto de calidad esperada en cuya formación inciden factores como la estrategia de comunicación de la organización de servicios, los procesos de comunicación "boca-a-oreja" entre los clientes, las necesidades de los mismos, así como la imagen corporativa. La buena calidad percibida se obtendrá cuando la calidad experimentada iguale o supere la calidad esperada. El segundo enfoque, denominado Modelo de las Deficiencias , pretende analizar el vínculo que existe entre las deficiencias que los clientes perciben en la calidad -diferencia entre sus expectativas y percepciones- con las deficiencias internas que existen en las empresas, identificando cuatro deficiencias que se traducen en un mal servicio al cliente.¹

Sin embargo, también se concluye que la satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Los

¹ . García c. Hernán y otros Evaluación de calidad Total del policlínico Santa Rosa Comas -IPSS-Lima. 1993 Pág. 75-84 Rev. Med. Vol 2 N° 4

resultados de la revisión de literatura muestran la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud. Se encontró que, en Colombia se han probado diversas metodologías en la medición y evaluación de la calidad de servicios de salud y que, en el mundo, el modelo conocido como SERVQUAL es el instrumento de mayor utilización con estos propósitos y ha sido especialmente utilizado con importantes resultados en la valoración de la calidad de instituciones de salud públicas y privadas. Una de las principales dificultades para medir la calidad desde el punto de vista de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto, que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. La mayoría de los autores coincide en que la satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención en salud está influenciada por el grado en que la actuación de los profesionales asistenciales se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción, unido a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores

relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de ésta.

En general, la revisión documental mostró que en los diferentes métodos y para los diferentes autores, hayal menos tres aspectos que tienen en cuenta los usuarios para la valoración de la asistencia sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos dela relación) y la comunicación (dar y recibir información).Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la calidad a partir de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen sub-dimensiones dentro de aquellas. La mayoría de los autores también coinciden en que la calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud. Se reconoce que la percepción de ésta varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación. Además, las características delos pacientes influyen en la actitud de los profesionales, lo cual repercute en la satisfacción de la población. A pesar de esta complejidad, Vuori (8) propone una serie desconsideraciones éticas, desde el punto de vista del usuario, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad:

- El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica

- El principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella;
- Los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere;
- El concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa. Se concluye así, entonces que el objetivo de la medición de la calidad, mediante el análisis de la satisfacción del usuario, o mediante la óptica del usuario, será pues facilitar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario o de la institución de salud, sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial.

La revisión mostró que diversos autores, entre ellos Mira y Aranaz coinciden en que la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas para la medición de la percepción sobre la calidad de la atención en salud, así como el empleo de instrumentos que contengan elementos que faciliten la evaluación de las percepciones de los usuarios con la experiencia sobre si determinados hechos de buena praxis han ocurrido. Los investigadores de este ámbito de conocimiento han avanzado en el diseño de instrumentos de medida

de la satisfacción para evaluar la calidad de los servicios y uno de los ejemplos más significativos de estos avances, encontrados en la revisión documental, fueron los cuestionarios derivados del SERVQUAL para su uso en el ámbito hospitalario, que combinan la medida de las expectativas y las percepciones; o el “Consumer/Provider Survey” que mide las experiencias y las percepciones en la atención y resolución de problemas concretos en la atención primaria, desde una doble perspectiva la del usuario y la del proveedor. Así mismo, la revisión documental permitió concluir, además, que los análisis deberían incluir más estudios sobre grupos minoritarios, puesto que es inapropiado asumir que los resultados que se obtienen de un estudio de población general son extrapolables. Ante esta situación, y desde una perspectiva de la gestión de los servicios sanitarios, se podría plantear la utilidad complementaria de los métodos cualitativos, habitualmente sacrificados por los profesionales de la salud.

2.4.2. Grupos focales y entrevistas con usuarios ²

El exploratorio mediante grupos focales y entrevistas colectivas con usuarios de los servicios de salud del hospital, se consideraron la primera fase cualitativa del estudio en general. El propósito de estos grupos focales fue indagar la percepción de los usuarios sobre los aspectos que ellos estiman como criterios de calidad en un servicio de salud de un hospital público y el peso que tenían para ellos dichos criterios. Así mismo, se inició el acercamiento en torno a su percepción sobre la calidad de los servicios de salud recibidos en el hospital.

² . Enfoque de la Ingeniería Industrial para evaluar el servicio de psicología de la Universidad Nacional del Callao-Bellavista Callao 2011 Pág. 17-24 Rev

En estos grupos focales y entrevistas, se indagó con los usuarios aspectos como qué entienden como calidad, qué significados tenía para ellos una atención en salud de calidad, qué esperan de una institución de salud que brinde servicios de calidad, qué es lo primero que esperan recibir como atención de calidad en una institución de salud y qué valoran como “mejor” y “peor” del hospital en términos de su idea de lo que es la calidad. La mayoría de la información brindada por los usuarios participantes en esta fase cualitativa, llevó a identificar ciertos factores comunes que las personas tienen en cuenta para valorar la calidad de la atención, entre ellos, tiempo de espera, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y paciente, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de los profesionales asistenciales y recibimiento de apropiada y suficiente información sobre sus problemas de salud y las soluciones médicas propuestas. Los principales resultados de esta fase exploratoria con usuarios mostraron que los aspectos particulares relacionados con el proceso de la atención, especialmente las relaciones interpersonales, son los que la población usuaria mayormente identifica como los principales indicadores para evaluar la calidad de la atención. Se identificó que el elemento correspondiente a las relaciones médico/paciente juega un papel importante en la generación de confianza, credibilidad y en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal de salud.

Las dimensiones más representativas para los usuarios participantes en la exploración cualitativa frente a la atención de los servicios de salud en el

hospital fueron: la oportunidad en el servicio, la diligencia recibida por los diferentes profesionales, la pertinencia de los procedimientos, medicamentos y procesos médico-administrativos recibidos y la amabilidad de todo el personal.

2.4.3. Entrevistas a directivos y expertos

Un tercer método y una tercera fuente de información en esta fase, la constituyeron las entrevistas realizadas a profesionales considerados expertos, ya sea por su conocimiento en el tema de calidad o por su pertenencia a un grupo de experiencia en el tema de calidad, en el hospital. Este proceso tuvo como objetivo identificar aspectos centrales sobre los estudios y metodologías para valorar la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de los usuarios, así como las posibles dimensiones para valorar la calidad en el servicio prestado a los usuarios de instituciones de salud públicas y privadas, a partir de la experiencia de profesionales conocedores del tema. Se entrevistaron seis expertos en total, tres de ellos pertenecientes a las áreas de calidad y atención al usuario del Hospital. La entrevista aplicada a los expertos se dividió en cuatro componentes, conocimiento de experiencias que proporcionan la identificación de las dimensiones de estudios de calidad de servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios, principales componentes y dimensiones abordados en calidad de la atención en salud, Evaluación de la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios y elementos de éxito y limitaciones para prestar atención en salud a usuarios.

Los resultados del exploratorio con expertos mostraron que las dimensiones de la calidad tienen consenso dentro de los profesionales entrevistados con

respecto a las dimensiones constitutivas de modelos con buen sustento conceptual como SERVQUAL, debido a la multidimensional de la calidad del servicio, lo cual identifican dimensiones que representan los criterios de los consumidores de servicio de salud como: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía donde las dimensiones de la calidad del servicio tienen que ver con el contexto analizado, siendo necesario estudios mixtos con diseño cuantitativos y cualitativos. Es de resaltar que, según los expertos entrevistados, la competencia técnica de los profesionales es considerada por parte del usuario como supuesta o sobreentendida y, por tanto, está garantizada; por ello, aparece en el discurso de forma implícita y pueden tomar mayor importancia otros factores como el acceso a los servicios, el trato que recibe el usuario, el entorno y la confianza depositada en los profesionales. Una línea argumental de importante consenso en todos los entrevistados da cuenta de la relevancia que tiene la dimensión interpersonal de la calidad tanto para los proveedores cuanto para los usuarios. Dentro de esa dimensión, los atributos vinculados al buen trato tienen más consenso que los referidos a la información. Lo anterior coincide con los resultados obtenidos en el exploratorio con usuarios y se corresponde con dimensiones y atributos propuestos como esenciales en los modelos teóricos de evaluación de la calidad, hallados en la revisión documental, especialmente en los modelos SERVQUAL y SERCAL. Por otro lado, los expertos consideran que la espera y las dificultades en el acceso por parte de los usuarios son justificadas por un exceso de demanda asistencial, que a su vez influye negativamente en el trato al paciente. Uno de los aspectos que no aparece

en la información recogida es el tamaño de la institución y la demanda que soporta, que puede ser determinante en la satisfacción de los usuarios. Sin duda, es un elemento influyente en la valoración de la calidad, pero el diseño de la investigación no nos permite obtener información más extensa sobre este aspecto.

Los profesionales entrevistados también llamaron la atención a considerar que la consecuencia de una mala experiencia con el servicio provoca en el usuario la eliminación de cualquier percepción positiva que haya tenido anteriormente. En opinión de los profesionales, una experiencia negativa afectará a la percepción global de los usuarios frente al servicio. Es de considerar que en el discurso de los profesionales entrevistados en relación con la valoración de la calidad de la atención, no aparecieron explícitamente, temas como el uso de la tecnología sanitaria, el cual forma parte de alguno de los modelos teóricos identificados en la literatura (SERCAL), por lo que se puede sugerir considerar esto en investigaciones explicativas posteriores. Así mismo, se destaca que, según los profesionales entrevistados, lo verdaderamente esencial para el usuario es que le resuelvan el problema que le ha hecho acudir a la institución; el objetivo del usuario es que le resuelvan el problema en el menor tiempo posible. De esta forma, la satisfacción del usuario y su percepción frente a la calidad de la atención podría estar definida excesivamente por la solución del problema, pese a que otros elementos, como el trato, la espera o los elementos tangibles ayudan a conservar una buena percepción de los servicios que ofrece el centro. Por tanto, la solución del problema debe incorporarse como componente de la calidad. Así, la predisposición o la

implicación del profesional para resolver el problema lo más rápidamente posible influyen en que el usuario eleve su grado de satisfacción.

2.5. Definición del enfoque metodológico

La información arrojada por el ejercicio de triangulación permitió identificar elementos claves y comunes resaltados en las diferentes metodologías usadas en diversas latitudes para la medición de la calidad del servicio, en los aspectos centrales que constituyen calidad para los usuarios del hospital y en las recomendaciones y opiniones de un grupo de expertos en el tema. La información obtenida confirma que la percepción de la calidad está compuesta por múltiples factores, y se encontró que las dimensiones de valoración de la calidad propuestas por algunos modelos importantes y validados, han sido identificadas por los usuarios, los profesionales y corresponden en buena medida con lo planteado en la normatividad . Tanto la revisión documental como las entrevistas con expertos sugirieron la existencia de diversos modelos para la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Se encontró que la mayoría de ellos la han analizado adoptando una metodología cuantitativa y aplicando encuestas a usuarios; donde la mayoría de los cuestionarios que se utilizan, con excepción del SERVQUAL, carecen de marcos conceptuales sólidos. Muchos de ellos evalúan la satisfacción desde una perspectiva general, sin considerar aspectos muy relevantes pero complejos, como los aspectos técnicos y resultados en salud. La literatura mostró que en Latinoamérica la evaluación de la calidad en los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios ha sido limitada. En los últimos veinte años se ha analizado en encuestas nacionales y regionales de salud, que incluyen la satisfacción con los

servicios de salud, sobre todo en aspectos del proceso. Igualmente, se halló la validación de un instrumento para medir la calidad percibida por usuarios de Hospitales. Con base en estas consideraciones se definió la perspectiva metodológica más apropiada para la realización de la medición de la calidad de la atención en salud en el hospital, la cual tomó como referente el denominado modelo SERVQUAL, para la evaluación de la calidad de los servicios. Es de resaltar que si bien este ejercicio permitió definir una perspectiva metodológica para el estudio, como es la de SERVQUAL, los resultados de los exploratorios, especialmente los realizados con los usuarios del Hospital mediante las entrevistas colectivas y los grupos focales, fueron también tenidos en cuenta con gran prioridad al momento de la formulación de los cuestionarios y otros instrumentos de recolección de la información, los cuales se adaptaron al contexto cultural tanto de los usuarios, como del hospital.

2.6 Metodología SERVQUAL

Esta metodología surge de un proceso de investigación llevado a cabo por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L Berry y auspiciada por el Marketing Science Institute (MSI) en Cambridge, Massachusetts EEUU, en donde el propósito fundamental era realizar un estudio preparatorio sobre la calidad de los servicios. En el desarrollo de la fase II de este proyecto, que consistió en un estudio empírico a gran escala centrado en el punto de vista del cliente sobre el modelo de calidad del servicio, fue desarrollada la metodología para medir la calidad del servicio que fue llamada SERVQUAL. Diversas investigaciones acerca de la aplicación del modelo SERVQUAL concluyen que ha sido el más utilizado para la evaluación de la calidad de

los servicios públicos. En particular Bigne et al. demuestran la fiabilidad de la escala SERVQUAL frente a otras metodologías para medir la calidad, fundamentalmente en tres servicios públicos: educación superior, transporte y salud. El modelo de Parasumaram, Len Berry y Valerie Zeithaml determinó cinco dimensiones de la calidad, de las cuales solo una es visible:

- **Tangibles:** Como la parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.
- **Confiables:** la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
- **Respuesta del personal:** respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de proveer el servicio con prontitud y esmero.
- **Seguridad:** conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.
- **Calidez o empatía:** el cariño, la atención individualizadas que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada.

En general, el modelo conceptual para la calidad del servicio SERVQUAL, está basado en la tesis que la percepción depende de la expectativa que se tenga de él, del grado en que se ha satisfecho dicha expectativa y el nivel de comunicación entre personal y usuario. Por su parte, el modelo también permite, en teoría, determinar cinco brechas entre la percepción del usuario y la del personal:

- a) La 1ª. Brecha se da entre los servicios que el personal pretende dar y el servicio esperado por el usuario.
- b) La 2ª. Brecha se da entre el servicio que el personal pretende dar y las especificaciones del mismo,
- c) La 3ª. Brecha entre las especificaciones del servicio y lo que obtiene el usuario.
- d) La 4ª. Brecha entre lo que el usuario obtiene y se le había comunicado que se daría y
- e) La 5ª. Brecha entre el servicio percibido y el servicio esperado.
- f) Tres brechas están vinculadas con el personal (brecha 2, 3,y 4) pero son las que influyen sobre la brecha 5. La brecha 1º. y mayormente la 5ta. se relacionan con el usuario.

2.7 La calidad del servicio: el punto de vista del usuario

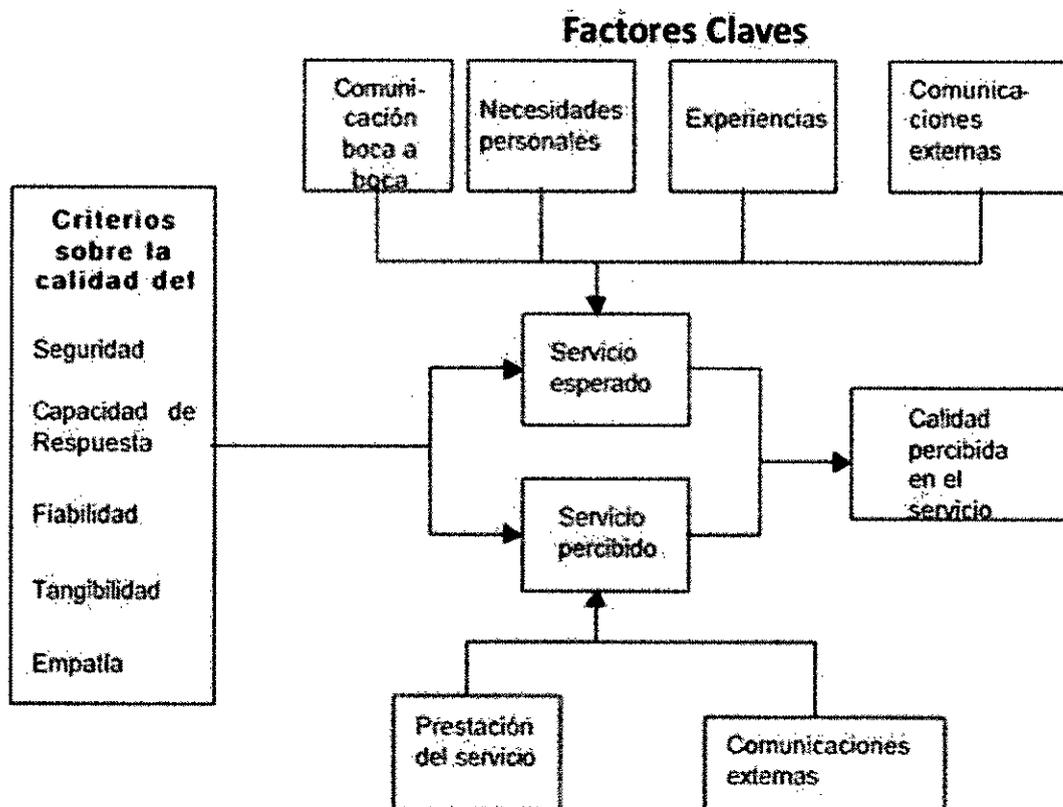
Para comprender en qué consiste un buen nivel de calidad en el servicio, es necesario reconocer que los servicios presentan diferencias con los bienes físicos en la forma en que son producidos, consumidos y evaluados. Estas diferencias son la intangibilidad, la heterogeneidad y la inseparabilidad. La intangibilidad significa que los servicios son prestaciones y experiencias más que objetos; resulta difícil, por tanto, establecer especificaciones previas para su elaboración que permitan estandarizar la calidad. Contrariamente a lo que acontece en la manufactura de bienes, en los servicios los resultados no pueden ser medidos, comprobados y verificados para asegurar su calidad antes de la venta. La heterogeneidad significa que la prestación de un servicio varía de un productor a otro, de un

consumidor a otro y de un día a otro. La calidad de la interacción que el personal de contacto establece con los clientes muy pocas veces puede ser estandarizada dentro de unas normas que permitan asegurar su calidad, como puede realizarse en una planta de productos manufacturados.

La inseparabilidad indica que no hay muchas diferencias entre la producción y el consumo y que la calidad de los servicios se produce durante su entrega o prestación (usualmente como resultado de la interacción cliente-proveedor), en vez de ser estructurada y controlada en la planta de producción, lo que permite que el producto obtenido se entregue sin alteraciones al consumidor. Desde la perspectiva del cliente, Para Suraman et al. y Zeithmal et al. Definen la calidad como un "juicio global del consumidor relativo a la superioridad del servicio". Posteriormente, Para Suraman plantea que la calidad resulta de la comparación realizada por los clientes entre las expectativas sobre el servicio que va a recibir y las percepción es de la actuación de la organización prestadora del servicio. Para Suraman et al. Representan gráficamente el concepto de la calidad del servicio y sugieren que las expectativas de los clientes dependen de cuatro factores, a saber:

- Comunicación boca-boca, lo que los usuarios escuchan de otros usuarios.
- Las necesidades personales de los clientes.
- La extensión de las experiencias que han tenido con el uso de un servicio.
- Las comunicaciones externas de los proveedores del servicio.

Propuesta Conceptual: Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio.



Grönroos concibe que el servicio percibido depende directamente de la llamada "calidad técnica (lo que se da) y de la "funcionalidad" (como se da), que tienen que ver con el desempeño técnico de la prestación del servicio y con el tratamiento dispensado al usuario en su interacción con los prestadores del servicio. Para Suraman et al. A partir de un estudio exploratorio, consistente en reunión es de grupo con consumidores y entrevistas en profundidad con directivos, identificaron diez criterios determinantes de la evaluación de la calidad del servicio, las cuales se denominaron los diez criterios iniciales de la evaluación de la calidad. Zeithaml et al. En investigaciones posteriores encontraron un elevado grado de correlación entre algunas de estas variables, de manera que las consolidaron en las cinco dimensiones para evaluar la calidad es de la

perspectiva del cliente, propuestas en SERVQUAL, las cuales se mencionaron anteriormente.

2.8 Criterios de SERVQUAL y los diez criterios iniciales de evaluación de la calidad del servicio

Los diez criterios iniciales en la evaluación de la calidad del servicio	Elementos tangibles	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Elementos tangibles					
Fiabilidad					
Capacidad de respuesta					
Profesionalidad Cortesía Credibilidad Seguridad					
Accesibilidad Comunicación Comprensión del usuario					

El enfoque metodológico SERVQUAL propone la evaluación de la calidad desde la perspectiva del usuario, en dos partes: una sobre expectativas y otra sobre percepciones. El instrumento original de SERVQUAL presenta 22 ítems evaluados en una escala Likert de 7 puntos. Los usuarios primero califican las expectativas del servicio en términos de las empresas excelentes y luego las percepciones en relación con el servicio recibido por la empresa en cuestión.

Si los resultados de la aplicación de los instrumentos muestran que la valoración de las percepciones estuvo por debajo de las expectativas, son señal de una mala calidad; lo contrario indica una buena calidad. El modelo se presenta así: $C = P - E$, donde C es Calidad del servicio prestado; P representa las percepciones del cliente y E las expectativas del cliente. La

percepción del cliente o usuario se refiere a como éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo con la manera como él valora lo que recibe. Las expectativas del cliente definen lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una realimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio. La brecha que existe entre percepción y expectativas, establece según este modelo, la medición de calidad. Como las necesidades son dinámicas y dependen de un conjunto de factores internos y externos, en definitiva esta medición expone el déficit de calidad de servicio, indicando ciertas dimensiones en las cuales la organización debe trabajar. Si la calidad de servicio es función de la diferencia entre percepciones y expectativas, tan importante será la gestión de unas como de otras. Para su mejor comprensión, Para Suraman, et al. Analizaron cuáles eran los principales condicionantes en la formación de las expectativas. Tras su análisis, concluyeron que estos condicionantes eran la comunicación boca-oído entre diferentes usuarios del servicio, las necesidades propias que desea satisfacer cada cliente con el servicio que va a recibir, las experiencias pasadas que pueda tener del mismo o similares servicios, y la comunicación externa que realiza la empresa proveedora del servicio, usualmente a través de publicidad o acciones promocionales.

2.9 BASES TEORICAS

2.9.1. LA HIGIENE COMO ELEMENTO DE SALUD

2.9.1.1. LA HIGIENE COMO NECESIDAD BÁSICA

La higiene tendrá como objeto proteger el cuerpo de agentes infecciosos o tóxicos y, por lo tanto, contribuir a la mejora del bienestar. La higiene estudia las condiciones y los factores personales o ambientales que influyen en la salud física y mental que favorecen la aparición y la difusión de las enfermedades.

Se puede clasificar en dos categorías:

- La higiene personal es el conjunto de medidas encaminadas a la conservación de la integridad de las diversas funciones del organismo y a la mejora de la Salud. Por ejemplo: aseo corporal y el arreglo personal.
- La higiene ambiental, se refiere a que los espacios, los materiales y el Ambiente en que se desarrollen las actividades infantiles dispongan de las condiciones Higiénicas adecuadas.

2.9.1.2. LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE

Los adultos tienen una doble función: cuidar el mantenimiento de la higiene general del Bebé, y fomentar el progreso en la adquisición de hábitos. La evolución en las medidas de Higiene pasa por tres fases:

- Fase pasiva, la persona adulta realiza las actividades de higiene al bebé.

- Fase de colaboración, el niño o la niña empieza a participar en su propio Aseo. Los primeros periodos será la persona adulta la que haga el aseo, ayudada por el Pequeño; más adelante será éste quien lo haga y el adulto se limitará a ayudar.
- Fase activa, en la cual se llega a una independencia progresiva de las maniobras de aseo personal por parte del niño o de la niña, aunque al principio todavía bajo una prudente y simple vigilancia por parte de la persona adulta.

La actuación conjunta entre los agentes educativos, familia y escuela, será esencial para una mayor eficiencia en ella adquisición de los hábitos saludables de aseo y arreglo personal, de modo que las pautas, las estrategias y los esfuerzos vayan encaminados hacia el mismo fin.

2.9.2. ASEO CORPORAL

Los principales responsables del aseo corporal en la infancia son las propias familias, sobre todo en los primeros meses. De ellas será la responsabilidad en las actuaciones básicas en cuanto a baño, limpieza específica, etc.

El educador infantil se ocupará más directamente de trabajar aspectos cotidianos del aseo, condicionándolos a su conversión en hábitos. Sus tareas de relación con la higiene van a ser muy amplias, ya que abarcan desde recién nacidos, a los que hay que cambiarles los Pañales, hasta niños de seis años, que ya deben tener asimilados en parte o completamente muchos de los hábitos higiénicos. Sin embargo, también

es importante la tare del asesor o concientizándola al educador respecto a la familia, en situaciones o momentos que detecte una falta notoria en las condiciones higiénicas de algún niño o niña.

Para clasificar esta amplitud, se hará referencia por una parte a cuidados específicos del Bebé y, por otra, a los procedimientos y medidas más importantes para garantizar el aseo personal en la infancia.

2.9.3. CUIDADOS DEL NEONATO

2.9.3.1. Examen físico inmediato

2.9.3.1.1. Test de Apgar

La neonatología es la rama de la medicina que se centra en el cuidado del neonato, especializada en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del recién nacido.

El apunte de Apgar es un método clínico que permite valorar al niño inmediatamente después del parto. Se realiza de rutina al 1° y 5° minuto de vida. Consiste en la valoración de cinco signos clínicos: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad, refleja y color.

2.9.3.1.2. Escala de Apgar

- Señal:0,1,2
- Apariencia Azul, pálido El cuerpo rosado Totalmente rosado (color,)extremidades, azules
- Pulso Ausente Lento (bajo 100) Rápido (sobre 100)
- Mueca Sin respuesta, mueca Tos, estornuda, llora (reflejo de irritabilidad)

- Actividad Laxo Débil, inactivo Fuerte, activo (tono muscular)
- Respiración Ausente Irregular, lenta Buena, llora

Cada señal está promediada en términos de ausencia o presencia de 0 a 2. Fuente: Adaptado de Apgar, 1953 Examen; Cardiorrespiratorio El color del R.N es un importante indicador de la función cardiorrespiratoria del niño. Lo normal es un color rosado generalizado o a menudo una discreta cianosis de manos y pies. El color de las membranas mucosas también es un indicador fidedigno, en especial en los niños de piel oscura. La palidez en el RN puede indicar una posible hemorragia aguda, aunque la hipoxia y la acidosis también pueden manifestarse así.

La frecuencia respiratoria normal es entre 40 y 60 por minuto. Los RN son respiradores periódicos más que regulares, especialmente los prematuros, y pueden presentar pequeñas pausas no mayores de 5-10 segundos. En el RN normal no debe existir quejido respiratorio, ni aleteo nasal. Al llorar, especialmente los más prematuros, pueden tener retracción torácica discreta su diafragmática y esternal.

La frecuencia cardíaca normal en reposo habitualmente corresponde a 120-160 minutos, pero tiene un rango entre 90-195 por minuto y varía con los cambios de actividad del RN. Las frecuencias mayores o menores de ese rango mantenidas por más de 15 segundos deben ser evaluadas.

La presión arterial debe controlarse en cualquier RN con patología. Es importante conocer los valores normales, los que pueden variar según el peso y edad del RN.

- a) **Abdomen:** Inmediatamente después del nacimiento es blando y algo escáfoides (deprimido), en la medida que el intestino se llena de aire, el abdomen comienza a distenderse. Los órganos abdominales son fácilmente palpables durante este periodo. Un abdomen marcado y persistentemente deprimido sugiere hernia diafragmática. Un abdomen distendido puede sugerir visceromegalia ascitis u obstrucción intestinal.
- b) **Apariencia general:** El sexo y su desarrollo en relación a la edad gestacional y la presencia de malformaciones mayores o deformaciones deben ser notados. La presencia de asimetría en movimientos puede indicar lesión de plexo braquial o cervical.
- c) **Antropometría:** El peso, la talla y la circunferencia craneana se miden al momento de nacer de acuerdo a técnicas de enfermería estandarizadas. Estas se evalúan ubicándolas en la curva de crecimiento intrauterina.

2.9.3.1.3 Examen físico posterior ³

➤ Introducción

Un segundo examen físico posterior debe practicarse dentro de las

³ . Nariz: Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, Pág. 721

primeras 12 horas de vida, en condiciones adecuadas de temperatura, comodidad e iluminación. A continuación se detallan los distintos aspectos a evaluar en el examen:

➤ **Postura y actividad**

El RN de término tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades fletadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición de reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendidas y las contralaterales en flexión. La postura también está influida por la posición intrauterina por ejemplo luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos fletados sobre el abdomen. El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional.

➤ **Piel**

a) Color y Textura: Usualmente es de un color rosado y suave con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies, que normalmente desaparece después de varios días. El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de pos término es mucho más marcado. Si se aprecia ictericia, significa que la bilirrubina está al menos sobre 5mg %. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.

b) Unto sebáceo: Es un material graso, blanquecino que puede cubrir el cuerpo, que es producido por las glándulas sebáceas desde las 20-24 semanas de gestación, disminuyendo a partir de las 36 semanas y desapareciendo a las 41 semanas.

c) Lanugo: Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.

Mancha mongólica: Manchas de color azul pizarra, con frecuencia grandes, se ubican en el dorso, nalgas o muslos, no tienen significado patológico.

e) Hemangiomas planos: Son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello.

f) Eritema tóxico: máculo papular con base erimatososa que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo y que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en el tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. Tampoco tiene significado patológico.

➤ **Cabeza**

a) Forma y tamaño: Es grande con relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea.

b) Fontanelas: La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el

niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm, un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.

c) Suturas: Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis.

d) Bolsa Serosanguínea: Corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de suturas y pueden ser extensos. Debe diferenciarse de los cefalohematoma.

➤ **Cara**

a) Ojos: Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales y esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.

b) Nariz: El RN es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha.

Es frecuente observar * "miliun sebáceo" en el dorso de la nariz que corresponden a glándulas sebáceas obstruidas, lo que es un fenómeno normal.

- ***Miliun Sebáceo:** Quiste blanquecino de pequeñas dimensiones, que aparece en la epidermis, producido por la obstrucción de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas ecrinas.
- **Boca:** Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos.

En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas perlas de Ebstein en la línea media, que son pequeñas pápulas blanquecinas (quistes epiteliales). No tiene significado patológico.

- **Oídos:** Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

- **Cuello**

Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen: bocio, quistes tiroideos y hematomas del esternocleidomastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor

frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo).

➤ **Tórax**

Observar su forma y simetría. Presenta movimientos respiratorios normales, 30 a 60 por minuto.

a) Clavículas: Se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura, especialmente en los niños GEG.

b) Nódulo mamario: Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.

c) Pulmones: La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología.

➤ **Corazón:**

Frecuencias cardiacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El apex está lateral a la línea medio clavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado.

➤ **Abdomen**

Forma: Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para

luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a distress respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia.

➤ **Ombigo y cordón umbilical**

Debe tener tres vasos: dos arterias y una vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto a quinto día y cae entre el séptimo y décimo día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo). Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes, trisomías, hipotiroidismo, etc.

➤ **Año y recto:**

Examinar la ubicación y permeabilidad del ano especialmente si no se ha eliminado un meconio en 48 horas.

Genitales

a) **Masculinos:** En el RN de término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

b) Femeninos: Hacia el término de los labios mayores estos cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede ser protuyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contienen sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo a la vagina.

➤ **Caderas**

Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de caderas si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (signo de ortolani).

➤ **Extremidades**

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones puede palpase fracturas.

➤ **Examen Neurológico**

Actitud general y tono muscular: Debe evaluarse si la simetría de movimientos, postura y tono muscular son asimétricas, entonces pueden indicar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños de término. También evaluar el llanto.

Reflejos arcaicos:

- a) **Reflejo de Moro:** se desencadena en respuesta a un estímulo brusco o a una deflexión brusca de la cabeza; tiene varias fases: primero el RN abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto.
- b) **Prehesión palmar y plantar:** al aplicar presión en las palmas y plantas de pies, el RN flexiona sus dedos empuñando la mano o flectando los dedos del pie.
- c) **Búsqueda:** el RN vuelve su cabeza hacia el lado que se le aplica un estímulo en mejilla o peribucal, buscando el pezón de la madre.
- d) **Succión:** movimiento rítmico y coordinado de lengua y boca al colocar un objeto (chupete-dedo), dentro de ella.
- e) **Marcha automática:** al sostener al RN desde el tronco e inclinándolo levemente hacia delante, da unos pasos en forma automática.

2.9.4. El recién nacido normal

Lo propio del período neonatal es la adaptación que exige el paso de la vida intrauterina a la extrauterina. Son múltiples los cambios que afectan al niño en esta etapa. La patología neonatal es, en general, un problema de adaptación en alguno de los sistemas del recién nacido. Eso es lo que hemos visto en gran parte de los capítulos precedentes. El cuidado del recién nacido normal consiste en supervisar esta adaptación

y que no se presenten factores que la alteren, de manera de prevenir o de anticiparse a los problemas. El cuidado del recién nacido normal compete fundamentalmente a la madre, por eso es de especial importancia ayudar a la madre a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él y reforzar aspectos educativos en relación a su crecimiento y desarrollo.

2.9.5. Alimentación Natural

a) La leche materna

La leche materna es insustituible, la madre debe tener un conocimiento apropiado de esto y ser tranquilizada con respecto a problemas frecuentes que se presentan en el amamantamiento. A este respecto en nuestra maternidad le damos las siguientes recomendaciones a las madres para el amamantamiento:

- Siéntese o recuéstese cómoda, con la espalda apoyada
- Recueste al niño sobre su brazo, con la cabeza en el ángulo del codo, tomándole el pañal con la mano.
- Tome su pecho con los cuatro dedos por abajo y el pulgar por arriba, ofreciendo el pecho. No con los dedos en tijera.
- Con el pezón toque el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca.
- Atráigalo hacia usted rápidamente, ayudándolo a que el pezón y la areola quede dentro de su boca.
- Revise que los labios estén abiertos, no mordiéndolo.
- Si siente dolor, retírelo o inténtelo otra vez.

- Para retirarlo introduzca su dedo índice entre la encías sujetándolo para que no muerda el pezón al retirar el pecho.
- Para mamar el niño primero hace unos movimientos rápidos con la boca, son el masaje para que usted suelte la leche. Luego espera y cuando baja la leche comienza a tragar en forma pausada y rítmica; usted lo puede escuchar y sentirá que sus mamas se van vaciando. No hay un tiempo fijo para tenerlo al pecho. Cada madre e hijo tienen un tiempo propio, descúbralo.
- Trate de ponerlo siempre en ambos pechos. Si se le queda dormido, ayúdele a eliminar los "flatos" y déjelo con menos ropa, eso ayudará a despertarlo.
- Póngalo al pecho cada vez que el niño le pida, que usted sienta los pechos muy llenos o hayan pasado más de 3 a 4 horas, aunque el siga durmiendo.
- Al principio los niños maman muy seguido, 8 a 12 veces por día, luego se hacen más eficientes y toman menos veces. El mejor estímulo para la producción de leche es vaciar el pecho. Si siente que tiene poca leche ponga el niño mas seguido al pecho y extraiga hasta la última gota, esto lo hará producir más la próxima vez.
- El darle relleno, agua o chupete, hará que el niño pida menos y usted produzca menos leche. Además los niños aprenden a morder el chupete y le puede hacer daño al mamar y tratar de hacer los mismos.

- Los primeros 2 a 3 días usted producirá una escasa cantidad de calostro, éste es muy concentrado y especialmente adecuado para proteger a su hijo. El niño no requiere de grandes volúmenes en este período. Si llora, háblele, regáléelo y póngalo seguido al pecho dándole calor y ternura, le aseguramos que no llora de hambre. Pida ayuda para asegurarse que está bien puesto el pecho y relájese, si su niño mama con fuerza, más luego tendrá leche.
- Es importante que antes del alta aprenda a vaciar sus pechos por si sufre congestión.

Pesquisa de fenómenos fisiológicos que hay que explicar a los padres

b) Aspecto del meconio y deposiciones de transición.

Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, al comienzo es de color café verdoso muy oscuro, casi negro, va cambiando a un color café mas claro, hasta llegar a las típicas deposiciones color amarillo oro de la alimentación al pecho, entre el 3er. y 4º día. A partir del 2º a 3er. día es frecuente que el niño obre cada vez que es colocado al pecho con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas. Todo esto es importante que lo comprenda la madre, especialmente si es primigesta.

c) Color. En las primeras 24 h después de las primeras 2 h de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado. Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritemato papulares, a las

cuales se le ha mal llamado eritema tóxico. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular en cualquier parte del cuerpo. Ocasionalmente, algunas de las pápulas presentan una pequeña pústula en el centro. El aseo con un jabón neutro disminuye la intensidad de este eritema. Se diferencia fácilmente de otras lesiones de la piel de carácter patológico.

d) Ictericia. La madre debe saber que este es un fenómeno normal. Que no es una enfermedad, y que incluso actualmente se estudian los posibles efectos benéficos que tendría el RN. Si la ictericia sobrepasa las cifras consignadas se le debe explicar a la madre el carácter preventivo de la fototerapia. Al alta indicar, que en caso de que la ictericia aumente y comprometa la parte distal de las extremidades, debe consultar a su médico o a la unidad de neonatología donde tuvo su parto.

Comportamiento y reflejos. Tanto la posición y tono del recién nacido como los movimientos reflejos, son hechos que no son familiares para la madre primigesta. Le llama la atención especialmente el reflejo de Moro que se produce con muy variados estímulos. Todos estos hechos serían muy anormales en un adulto o niño mayor y es necesario explicárselos y tranquilizarla.

e) Efectos hormonales. Hormonas de la madre relacionadas con la gestación permanecen circulando en el recién nacido durante los primeros días y provocan fundamentalmente un aumento de tamaño mamario. Esto ocurre en ambos sexos, alrededor del 5° día aparece secreción láctea, la que es fácil de constatar comprimiendo el nódulo

mamario. Ocasionalmente en las niñas puede aparecer una pseudo menstruación. Todos estos fenómenos normales y desaparecen espontáneamente.

g) Evolución del peso. En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de peso. Se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del 8° a 10° día de vida. Los niños de menos de 3 Kg en general bajan menos, y los de 4 kg pueden bajar más y demorarse más en recuperar su peso de nacimiento. Es importante conocer esta variabilidad para no apurarse en indicar un relleno.

h) Cuidado del ombligo. El cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso, por lo que se debe postergar el baño hasta dos días después que éste se ha caído. El ombligo es una potencial puerta de entrada para infecciones por lo que se debe cuidar su aseo con alcohol u otro antiséptico local en cada muda. Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección. Con frecuencia se presenta una hernia umbilical que se hace más apreciable después que ha caído el cordón. En la gran mayoría de los casos ésta desaparece antes de los 4 años espontáneamente.

Educación a la madre para el cuidado y controles futuros del niño
Vacunas y screening. En Chile se indica vacunación BCG a todo recién

nacido. En nuestro centro y muchas maternidades del país se efectúa screening para hipotiroidismo y fenilketonuria. La información sobre el desarrollo del niño y los cuidados que éste requiere se pueden entregar a la madre en forma de folletos y luego reforzar a través de conversación personal y apropiada a cada madre. Las madres que han tenido varios hijos y han estado bien formadas, adquieren una sabiduría para cuidar a sus hijos y son las que mejor pueden transmitir esta experiencia. En algunos hospitales se han formado escuelas para padres, en que estos tienen la oportunidad de ingresar durante el embarazo y que continúa en los primeros años de vida.

2.9.6. Nutrición y alimentación del recién nacido

El período neonatal es único en cuanto al crecimiento y desarrollo del niño. La nutrición en este período es decisiva y tiene requerimientos especiales. En el caso prematuro, éste debe completar fuera del útero el desarrollo que debiera haber ocurrido en los últimos meses del embarazo. El tercer trimestre de la gestación está caracterizado por un crecimiento rápido, el cual está condicionado a un determinado aporte de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono y grasas) y micronutrientes (minerales y vitaminas).

La nutrición del prematuro debería asemejarse a la que recibe dentro del útero, a la que debe agregarse ciertas necesidades energéticas propias de la vida extrauterina, como son la termorregulación y diversos tipos de actividades o stress (dolor, hambre, etc.). El prematuro tiene, además, limitaciones en cuanto a la tolerancia digestiva y capacidad de absorción de alimentos.

Esta etapa es la más vulnerable a los daños que puede ocasionar una desnutrición grave y prolongada. La nutrición es una condición indispensable tanto para el desarrollo normal y la superación de las diversas limitaciones que tienen órganos y sistemas del prematuro, como para la recuperación de las enfermedades que le son propias. Es por esto que la preocupación por la nutrición del recién nacido y la valuación periódica de ella debe ser constante, especialmente en el niño que requiere cuidado intensivo.

Ventajas adicionales de la leche materna

Junto al aporte nutricional ideal, se han determinado una serie de otras ventajas de ella frente a la leche artificial:

Protección contra las infecciones. IgA secretoras. El RN no es capaz de producir IgA en el período neonatal. La leche materna aporta IgA, las cuáles dan una protección local contra las infecciones por virus y bacterias, impidiendo la adhesividad de éstos a la mucosa intestinal. También neutralizan las entero toxinas de la *Escherichia coli* y del *Vibrio cholerae*.

- Estimula el desarrollo del Lactobacilo, germen de baja virulencia que impide el desarrollo de otros más virulentos.
- Aporta lisozima, que tiene efecto bacteriostático contra los bacilos gram positivos.
- Proporciona lactoferrina que al unirse al fierro en el intestino impide que esté disponible para la multiplicación bacteriana.

Ninguno de estos factores inmunológicos ha podido ser preparado artificialmente hasta ahora.

La leche materna es estéril y su temperatura es siempre la conveniente. No produce sensibilización. La mucosa intestinal del RN es más permeable a las proteínas. Un suplemento de fórmula administrado por una vez en este período, es potencialmente suficiente para estimular la sensibilización.

- Estimula la relación madre-hijo.

2.9.6.1. Fisiología de la lactancia.

La prolactina, hormona secretada en la hipófisis posterior, es la responsable de estimular la secreción de leche en las células alveolares de la glándula mamaria. Después del desprendimiento de la placenta, bajan los niveles de estrógeno y progesterona, con lo que se produce un aumento de la prolactina.

El reflejo de eyección de la leche es producido por la "oxitocina" de la hipófisis posterior. Esta hormona provoca la contracción de las células mioepiteliales en los alvéolos mamarios y conductos galactóforos. La succión del pezón produce el reflejo de eyección de la leche que las madres relatan como una sensación de bajada de la leche. Como la hipófisis posterior está controlada por el hipotálamo, este reflejo puede ser alterado por una serie de factores ambientales y psicológicos como ansiedad, tensión o dolor.

Orientaciones prácticas para la lactancia materna

Motivar y orientar a la madre durante el embarazo y puerperio. Entregar literatura al respecto.

- Iniciar la lactancia lo más pronto posible después del parto. En el RNT deberían proveerse las condiciones para que se realice el

período de transición junto a su madre. La limitante más frecuente para esto es la temperatura ambiental y personal suficiente para ayudar a la madre. Esto último podría ser ayudado por el padre u otro familiar cercano.

- Libre demanda en cuanto a frecuencia. Esto debe ser bien explicado a la madre primeriza. En las 3 horas inmediatas al parto, el RN está generalmente dispuesto para mamar. En el resto del primer día puede estar bastante dormido, flojo. Después lo habitual es que pida cada 2 ½ a 4 horas.
- Dejar que succione entre 5 a 15 minutos en cada pecho, comenzando por el que quedó segundo en la última mamada. Explicar a la madre que la mayor parte de la leche sale en los primeros 5 minutos. La succión estimula la producción de leche y la bajada de la misma. Cuidar que tome bien el pezón, de manera que las encías queden 0,5 a 1 cm más adentro que la unión de laaréola con el pezón.
- Explicar a la madre en palabras fáciles, el proceso de producción de leche. Tranquilizarla respecto a la sensación de falta de leche en los primeros 2 a 3 días y las ventajas de no introducir ningún suplemento de leche artificial. El ambiente de la maternidad y la actitud del personal de salud, son decisivos para disipar las inquietudes de la madre y lograr una lactancia exitosa.
- Explicar a la madre las características de las deposiciones del niño con lactancia exclusiva. Estas son frecuentes, a veces cada

vez que el RN comienza a mamar, de carácter líquido y espumoso. Enseñar la forma de facilitar la expulsión de los flatos.

- Tranquilizar respecto de la normalidad de cierta regurgitación de leche que se produce con ellos.
- Orientar a la madre en cuánto a la posición y forma de dar pecho.
- La madre requiere una alimentación completa rica en vitaminas y minerales, especialmente calcio y fierro, y tomar suficiente líquido.
- En todas las orientaciones hay que evitar la rigidez. Es un período de aprendizaje, tanto para la madre como para el RN.
- Las contraindicaciones absolutas de la lactancia son muy pocas. En la madre, ciertas enfermedades transmisibles como el SIDA, la TBC pulmonar activa y la ingestión de algunos medicamentos. En el RN hay algunas enfermedades hereditarias del metabolismo, como la galactosemia e intolerancia a la lactosa que la contraindican.

Recomendaciones De Macronutrientes Para El Recién Nacido De Pre termino:

Calorías		120-160		cal/kg/24		h
Proteína	3-3,5	g/kg/24	h	2-3	g/100	cal
Lípidos	5-8,5	g/kg/24	h	4,3-5,4	g/100	cal
Carbohidratos	10-18	g/kg/24	h	10-11	g/100	cal

2.9.6.2. Requerimientos y recomendaciones nutricionales del Neonato prematuro y de bajo peso.

El RN prematuro no cuenta con las reservas de grasa y glicógeno que tiene el RNT, las cuales permiten a éste adaptarse sin problemas al período de ayuno relativo de las primeras horas y días. El prematuro tiene además, limitaciones para succionar, ingerir y absorber los nutrientes que requiere para asemejar la nutrición intrauterina.

No está definido el patrón ideal de crecimiento y desarrollo del prematuro. Se ha supuesto que el ideal es que se asemeje al crecimiento intrauterino; conviene usar aquella curva que mejor represente a la población evaluada. Muchos de los requerimientos nutritivos del prematuro han sido estimados tomando como referencia la acumulación que de ellos se produce dentro del útero en los últimos meses de la gestación.

En estudios en que se ha logrado que el RN de bajo peso logre un aumento de peso similar al intrauterino, su composición corporal es diferente a la del feto a esa misma edad, pues acumula una mayor proporción de grasa. No se conoce la razón ni el significado de esto.⁴ En la tabla anterior, se resumen las recomendaciones de calorías, proteína, lípidos e hidratos de carbono para el prematuro. Requerimientos energéticos. De la energía bruta que ingresa a través de los alimentos, un porcentaje es absorbido en el intestino y es excretado por las heces. La úrea y otros productos nitrogenados, son excretados

⁴ . Academia Americana de Pediatría Pag.52-60 Diccionario Mosby Doyma Pag. 595 , 694 , 721 y 902

por la orina. Restando la energía excretada al aporte energético total, se tiene la energía metabolizable. Esta se descompone en gasto calórico basal, efecto térmico de los alimentos, actividad y termorregulación, y energía para el crecimiento. Este último componente incluye la energía almacenada y el costo de la síntesis de los tejidos formados. De la distribución de la energía metabolizable se desprende que es importante disminuir al máximo las pérdidas energéticas que requiere la termorregulación y la actividad muscular producto de estímulos parcialmente evitables (exceso de manipulación, y exámenes). Para esto, es necesario cuidar el ambiente térmico neutral y tratar de juntar todos los procedimientos y exámenes en determinados momentos del día.

Requerimientos energéticos del prematuro					Kcal/Kg/24	h
Metabolismo	basal	o	de	reposo	34-50	
Efecto	térmico	de	los	alimentos	8	
Actividad					15	
Termorregulación					10	
Pérdidas	fecales	(10%	del	aporte)	12	
Crecimiento:	energía	almacenada	+	costo	25	
energético del crecimiento.						
Requerimiento	total	120		Kcal/kg/24		h
Recomendación	aproximada	120	a	160	Kcal/kg/24	h

Los estudios de Altwater hechos en adultos encontraron cifras de energía metabolizable de 4 Kcal/g para los hidratos de carbono y las

proteínas, 9 Kcal/g para las grasas. Hay evidencias que en los prematuros estas cifras sean menores, debido a mayor cantidad de energía excretada. Sin embargo, sigue siendo una referencia práctica utilizada en todas partes.

Un aporte de menos de 75 kcal/kg/día, llevará a un descenso en el peso, uno de 100 Kcal/kg/día podrá mantener el peso o llevar a un aumento de él dependiendo de la magnitud del gasto energético en termorregulación y actividad. Por eso es deseable llegar a una cifra de por lo menos 120 Kcal/Kg/día.

Líquidos. Estos son variables según el peso, la edad y la forma de cuidar al prematuro. Una buena aproximación del aporte de líquidos en los primeros días para el niño de término es de 60 ml/kg en el primer día, 80 ml/kg en el segundo y 100 en el tercero. Luego aumentar según tolerancia hasta llegar a 160 a 200 ml/Kg/día. En el prematuro, en especial el de < 1500 g, hay que ajustar el aporte según la edad, el peso del niño, signos de hidratación, diuresis y gravedad específica de la orina.

Proteínas. Hay numerosos estudios con respecto a la calidad, cantidad y proporción de la proteína. De ellos se puede concluir lo siguiente:

- La composición de la proteína es importante en cuanto a una mejor tolerancia de la carga renal y mejor acumulación de N para el crecimiento. Se recomienda una relación de 60/40 de lactoalbúmina/caseína, relación que es semejante a la de la leche humana. La leche de vaca tiene una relación de 18/72.

- La composición de aminoácidos de la leche humana también es la más conveniente: bajos aportes de fenilalanina y tirosina, cuyo metabolismo es limitado en el prematuro y más aporte de cisteína y taurina, que tendrían en éste un carácter de esenciales. Esta composición es la que tratan de tener las leches artificiales modificadas.

2.10. CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL NEONATO

La higiene en los primeros meses de vida es un factor esencial y es necesario extremarla, no solo al cuidado del cuerpo sino también en relación con todo aquello que pueda manipular y con el entorno en que vive. Se debe lavar y desinfectar los habitáculos, el obiliario, los materiales y los juguetes. El bebé se encuentra en la fase pasiva, se caracteriza por una dependencia total de los adultos. Se considera necesario el conocimiento por parte del educador de los procedimientos que deben seguirse. Ahora hablaremos del baño, la limpieza específica de determinadas zonas, el acicalado, el cambio de pañales y el vestido y desvestido.

2.10.1. El baño

Es una de las actividades que suelen hacerse en casa, y deberá llevarse a cabo raramente en la escuela infantil, aunque si puede ser responsabilidad del educador en otros centros de atención a la infancia, como centros de acogida o residencias.

Es fundamental que el bebé esté limpio y cómodo, la piel del bebé es muy sensible y fina, el pH cutáneo es neutro al nacer y se va haciendo ácido con el tiempo.

Para que la actividad del baño forme parte de la rutina, se debe efectuar cada día a la misma hora. Si el bebé es inquieto, mejor por la noche, porque el agua tibia, la relajación y la tranquilidad que le producirá el baño le ayudarán a dormir.

Es conveniente antes de iniciar el proceso, caldear la habitación a una temperatura adecuada (21-24°C para un recién nacido y de 20-22°C a partir de las seis semanas) y asegurarse de que hay corrientes de aire.

Se ha de preparar la bañera y disponer del equipo imprescindible para el baño: bañera, Jabón especial suave, esponja natural, champú infantil, crema o aceite corporal y una toalla.

El agua del baño debe estar templada 32-36°C y no sobrepasar la temperatura corporal de 37°C, para este proceso es conveniente utilizar un termómetro de baño o comprobar introduciendo ligeramente el codo en el agua.

Al meter al bebé en el agua, se lo ha de coger de forma que la cabeza, la nuca y los hombros sean sostenidos por un brazo al tiempo que con la otra mano se lo agarrará por las nalgas para introducirlo en la bañera. Esa mano debe quedar libre para poder lavarlo. Se debe lavar al niño de arriba abajo, echándole agua por la cabeza, y por todo el cuerpo, utilizando la esponja o las manos.

El cabello se debe lavar en el mismo proceso del baño, también diariamente hasta los dos años, utilizando un champú infantil y sin meterle la cabeza dentro del agua. Algunos días es recomendable prescindir del jabón.

No se debe prolongar el baño más de tres o cuatro minutos. Al terminar se debe levantar despacio al bebé para que no sienta vértigo, ponerlo en una toalla de algodón y arroparlo enseguida.

Es fundamental cubrirle la cabeza porque por esa parte del cuerpo es por donde los bebés pierden la mayor parte de su calor corporal, y secarlo muy bien, sobre todo por los pliegues para evitar escoceduras o hongos.

Hay que aplicar por todo el cuerpo una crema hidratante infantil, y vestirlo rápido para que no se enfríe y aprovechar para acicalarlo.

2.10.2. El acicalado

El bebé necesitará de otra serie de cuidados higiénicos que se podrían definir como acicalado, es decir cuidar aquellas zonas que requieren una higiene específica. Se puede citar el peinado, el cuidado de los ojos y oídos y la higiene en las uñas. También deberíamos incluir la higiene de las zonas uretra-genitales.

El bebé una vez que esté secado y vestido se ha de peinar. El cepillado es imprescindible para mantener su pelo limpio y evitar que le salga la costra láctea o granitos en el cuero Cabelludo. El cepillo debe tener las

cerdas muy suaves y hay que pasárselo con suavidad y Humedecido para no hacerle daño. Hay que evitar el uso de colonias.

Una de las partes importantes es limpiar los oídos, la higiene ha de limitarse a las zonas exteriores, ya que los conductos internos como los auditivos o los nasales se limpian solos.

Para limpiar los oídos se utilizará una tela suave, una gasa o una toallita húmeda, y se limpiarán los pabellones exteriores y también la parte de detrás de las orejas, donde se acumula suciedad, en ningún caso se hurgará con bastoncillos de algodón en el interior del Oído.

Los ojos y la nariz también requieren de un tratamiento especial los bebés producen Mucha mucosidad. Los ojos se limpiarán de la nariz hacia fuera y después se los secará.

La boca requiere su limpieza particular, hay que pasarle una gasa después de comer y antes de acostarle. Se debe evitar acostarle con el biberón para evitar la caries de biberón.

Es importante que los niños lleven las uñas cortadas, se les han de cortar un una tijera de punta roma y siguiendo la línea natural de las uñas.

2.10.3. El cambio de pañales

En los primeros meses las deposiciones de los bebés son muy frecuentes. Es aconsejable limpiarlos antes de acostarlo y levantarlo, y también cuando se tenga la certeza de que está sucio. También es necesario cambiarlo cuando esté intranquilo o molesto.

En la escuela infantil, los elementos consumibles o personales para el cambio de pañales los suministran los padres. Los cambios de pañales han de hacerse en una única zona.

La sala ha de estar revestida de algún material lavable y desinfectable. Antes de iniciar el proceso, es preciso que el educador tenga preparado todo el material que se va a necesitar a su alcance un recipiente limpio con agua tibia, o toallitas desechables, pañales nuevos y crema protectora.

El bebé se tumba sobre una toalla y se le quita el pañal sucio, después se limpia, y luego se le pone el pañal nuevo.

La limpieza de la zona genital y los esfínteres anal y uretral ha de ser muy cuidadosa, y se ha de realizar de forma diferente si se trata de una niña o un niño.

En las niñas la limpieza debe realizarse siempre de delante hacia atrás y no al revés para evitar extender bacterias de los intestinos a la vejiga o a la vagina, con lo cual se previenen posibles infecciones.

En los niños la limpieza debe efectuarse desde los muslos hacia el pene, teniendo especial esmero en los testículos pueden retener restos de orina o heces. Es conveniente extender la

Zona de limpieza desde la tripa hasta los muslos. El prepucio se debe desplazar hacia atrás con suavidad y sin forzarlo, para evitar hacerle daño.

Cuando el bebé ya está limpio es necesario secar la zona lavada, sobre todo los pliegues.

Se aplicará una crema protectora en toda la zona, hay que evitar que la crema entre en contacto con la vagina y no es recomendable usar polvos de talco.

En los bebés son frecuentes las irritaciones y escoceduras su piel es muy delicada.

Un mayor uso de cremas protectoras ayudan a prevenir esta incomodidad.

En procedimiento para colocar un pañal es el siguiente:

- Se sitúa al bebé tumbado boca arriba en una toalla.
- Se le levanta por los pies
- Se coloca el pañal abierto por debajo.
- Luego se suelta, se levanta la parte delantera del pañal y se cierra.
- Los pañales se han de colocar de manera que queden cómodos, que no aprieten en exceso ni tampoco queden excesivamente holgados, para evitar escapes de orina.

Existen en el mercado diferentes tipos de pañales adaptados tanto al peso como al sexo del bebé.

2.10.4. Desvestir y vestir al Neonato

La ropa se ensucia y se ha de proceder a limpiar al bebé y vestirlo con ropa nueva.

Deben conocerse el proceso y las técnicas. Para vestir con facilidad al bebé se ha de tener en cuenta la adecuación de la temperatura de la habitación, tener todas las piezas preparadas antes de iniciar el proceso y bajo ningún concepto se ha de dejar solo ni siquiera un instante.

Una vez esté todo preparado, se abre el cuello del bodi todo lo que se pueda. Se coloca la parte posterior debajo de la cabeza del bebé y luego con un movimiento rápido, se pasa la parte delantera sobre su cabeza hasta el cuello. Se le levanta la cabeza y se le coloca la parte posterior hasta el nivel de los hombros.

Para meter los brazos, se recoge la manga en forma de acordeón, se mete la mano del Adulto por ella y se coge la manita del bebé, que no se ha de solar hasta que pase el brazo.

Así se evita que se enganche un dedo y se haga daño. Es un momento que se puede aprovechar para aumentar los lazos afectivos entre ambos, contando cosas, haciendo cosquillas, cantando una canción, jugando al cucú, etc.

Se termina de colocar el bodi. Se pueden practicar, los ejercicios de piernas que fortalecen los músculos del bebé. Se comprueba que el pañal sigue en su sitio, antes de abrochar los automáticos de la parte inferior. Antes de colocar el vestido, se examina la Botonadura y se busca la forma más

cómoda y rápida de ponérselo. Se empieza metiendo los pies y luego se introduce las manos del adulto dentro de una de las mangas, se coge la mano del bebé y, con la otra mano, se pasa el brazo. Se repite con el otro brazo la misma operación.

Se alinean los dos lados del pelele y se termina abrochando los corchetes. Hay que evitarse las prendas que se hayan de sacar completamente para cambiar el pañal y que los bodis tengan un sistema de abertura con automáticos en el hombro y en la parte inferior.

2.11. FUNCIÓN DE PROTECCIÓN

La ropa está en contacto con la piel por eso es mejor utilizar fibras naturales en los más pequeños para evitar problemas como alergias y rozaduras. Las fibras naturales como hilo o algodón. Se debe elegir la ropa de los niños según el clima y que esta vaya acorde con los

2.11.1. Factores ambientales.

La higiene es muy importante, se debe poner ropa limpia después de los baños y a la hora de dormir que sea cómoda y diferente a la que han utilizado durante el día.

2.12. FUNCIÓN ERGONÓMICA

La ropa ha de ser holgada y una vez más ha de ser cómoda para dejarlos libres en el movimiento. En el cambio de pañales el desvestir y vestir es un acto que se repite varias veces a lo largo del día, por lo tanto es recomendable y necesario que sea fácil de poner y quitar. Si lleva bodi

debe tener alguna abertura por la entrepierna u hombros y evitar los cierres

2.13. HIGIENE AMBIENTAL

La higiene como elemento de salud no se circunscribe a la atención y cuidado de la persona exclusivamente, sino que su abasto es mucho mayor, más amplio y hace referencia a todo el entorno.

Es importante que los niños se desarrollen en unas condiciones ambientales óptimas desde el punto higiénico.

En la escuela infantil se han de satisfacer escrupulosamente las necesidades en lo que atañe a las normas y a la higiene del aula. Sin olvidar la función de asesoramiento a las familias al respecto.

2.14. HIGIENE MEDIOAMBIENTAL

El ser humano es la única especie capaz de transformar el medio que lo ha creado, sin embargo la transformación que provoca en este medio a menudo no es la idónea para garantizar unas condiciones de vida para las generaciones futuras. En este sentido, problemas ambientales recientes como el aumento del agujero de la capa de ozono, el calentamiento del planeta, la sobre-explotación de los recursos, la contaminación. Etc., deben hacernos recapacitar sobre la importancia que tiene la educación ambiental como elemento formador de esta sensibilidad. La educación infantil, como primer eslabón hacia asimilación de valores, se presenta como una buena oportunidad para iniciar esta tarea.

Por todo ello, la intervención en la educación infantil ha de tener como una de sus prioridades la educación medioambiental, por la significación que tiene no sólo para el desarrollo sino también para la propia supervivencia de la especie. La educación medioambiental se puede trabajar a través de diversos contenidos, que deben estar previstos en el programa y constar de conocimientos apropiados, de formas de acción para preservar el mundo natural, y de normas y valores al respecto. Todo ello hace que la educación medioambiental se considere un contenido transversal y general que se desarrolla a través de todas las actividades del centro.

2.15. ALTERACIONES RELACIONADAS CON DEFICIENCIAS EN LA HIGIENE

a) Eritema

Es una inflamación con lesiones visibles en la piel, que se localiza preferentemente en los glúteos, región anal, genitales externos y cara anterior de los muslos, donde la humedad es casi permanente.

En casos ligeros, la piel sólo se colorea ligeramente de rojo, mientras que en casos de mayor gravedad, pueden llegar a desarrollarse úlceras, pequeñas, aunque de profundidad considerable, que inquietan mucho a las madres o cuidadores, y producen intranquilidad en los pequeños.

Pueden considerarse como causas fundamentales del eritema, la irritación producida por los pañales empapados de orina, la expulsión de heces líquidas o semilíquidas ácidas en estados de diarrea, el uso permanente de pañales de plástico que impiden la aireación necesaria...etc.

Todo ello produce una irritación o infección de la zona afectada.

Para solucionar este problema y también para prevenirlo se deben poner en práctica una serie de medidas higiénicas: lavar las zonas afectadas con agua y jabón no abrasivo, secar y dejar la zona expuesta al aire libre el mayor tiempo posible (mejor si le da el sol), cambiar frecuentemente de pañales, usar pañales desechables, transpirables y no oclusivos, también se debe proteger la región con cremas o pomadas, etc. Si el problema es ocasionado por alguna enfermedad, infección o cualquier otra causa que ocasione deposiciones anormales, será prioritario detectar esta posible causa por parte del pediatra y tratarla adecuadamente.

b) Muget o candidiasis de pañal

Se trata de una infección por hongos (*Candida albicans*) que puede aparecer en la boca o en la zona genital. Cuando afecta a la boca, produce la aparición de diversas placas blanquecinas con base roja, y provoca una reticencia al alimento por el dolor que ocasiona.

En la zona genital, se aprecia un enrojecimiento brillante similar al del eritema de pañal.

Aunque no se trata de una infección grave, no se puede curar con medios caseros, pero desaparece rápidamente mediante tratamiento médico, por lo que ante la sospecha de esta dolencia es necesario comunicarlo rápidamente al médico pediatra.

c) Pediculosis

Es una infestación de piojos (*Pediculus humanus capitis*), que son unos insectos diminutos de color grisáceo o rojizo.

Se alimentan de sangre humana y cuando pican producen un intenso picor, por lo que secundariamente se pueden producir lesiones de rascado, como erosiones y costras en el cuero cabelludo.

El síntoma más claro de la presencia de piojos es el picor, que hace que el niño o la niña se rasquen en la cabeza, aunque se ha de diagnosticar con la observación del parásito o de sus huevos, la mayoría de las veces en la región occipital o sobre las orejas.

Los piojos causantes de la pediculosis tienen un período de incubación de entre 8 y 10 días.

Una vez que la cabeza ha sido infestada, la hembra pone sus huevos (unos 10 por día), que se adhieren al pelo mediante una secreción dura.

Después de una semana saldrán las larvas.

Como medida preventiva para evitar el contagio, es conveniente mantener buenas condiciones de aseo e higiene personal, sin embargo, hay que tener en cuenta que la pediculosis se transmite muy fácilmente, ya sea por contacto directo entre una persona infestada y una sana, o por contacto indirecto a través de objetos contaminados, como peines, cepillos, gomas para el pelo...et

2.16 BASES CONCEPTUALES

2.16.1 El Desafío de la Calidad en las Organizaciones de Salud

En los últimos años, surgió en los Estados Unidos una serie de movimientos para mejorar la calidad de los procesos de sus productos industriales mediante varios métodos. La competencia de los mercados europeos y asiáticos llevó a este país a establecer incentivos para el control de la calidad de sus productos, inicialmente en las industrias manufactureras, como la del acero y la de productos electrónicos, y más tarde en otros sectores.

El sector de la salud de este país incorporó rápidamente esta preocupación por la calidad de los procesos y pasó a considerar el modelo industrial como un nuevo componente de los programas de evaluación de la calidad y el mejoramiento de la salud.

Poco a poco, en los últimos años, estos mismos incentivos industriales fomentaron el establecimiento de una plétora de enfoques en los Estados Unidos, que en lugar de aclarar las cuestiones, muchas veces las confunden para el sector de la salud por la variedad de conceptos sobre cuestiones de calidad o iniciativas de calidad debida a la coexistencia de una infinidad de programas, pautas y/o protocolos diferentes.

La Gestión de Calidad Total (TQM) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI) son ejemplos de los modelos industriales más definidos. Los profesionales de la salud de los Estados Unidos comenzaron a utilizar estos modelos en los años '80. Algunos de los nombres claves de esa fase son W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Philip Crosby. Hay muchos otros

especialistas que contribuyeron a esta teoría del mejoramiento de la calidad ,pero nos limitaremos a mencionar estos tres.

W. Edwards Deming hizo una importante contribución a la industria manufacturera japonesa después de la Segunda Guerra Mundial. Deming admitía que el control de la calidad mediante estadísticas era la base de la calidad de gestión y pensaba que la calidad podía mejorar si utilizáramos estas mismas técnicas para analizar los procesos y las relaciones entre los procesos.

Joseph M. Juran, otro líder del movimiento para el mejoramiento de la calidad, se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluía la "Trilogía de Jurán ", que consistía en la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad.

La propuesta de la calidad de Philip B. Crosby consiste en el establecimiento de patrones para lograr la ausencia total de defectos. Admitía que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

Los métodos industriales también pueden aplicarse en el sector de la salud porque la mayoría de los errores de la asistencia médica ocurren como resultado de los problemas que provienen de las relaciones entre los procesos, problemas de las especialidades o de los departamentos, las cuales son situaciones institucionales comunes y de los sistemas de cualquier organización.

En los Estados Unidos también se está considerando, actualmente , que no existe un método único o particular que sea el mejor para la gestión de la

calidad. La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, de los sistemas o los procesos y de los recursos disponibles para respaldar dicho desempeño.

En el sector de la salud también se necesita en control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica y, a la larga, de una "reingeniería " para rediseñar por completo las funciones. En el futuro se espera contar con la recopilación y comparación electrónica de datos.

Independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios:

- a) El apoyo transferible de los dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios.
- b) Contar con el ejemplo de dichos dirigentes, para también suponer que todos son responsables de la calidad.
- c) Relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital.
- d) Proporcionar educación y capacitación a todo el personal hospitalario.
- e) Incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, los principios y los métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud.
- f) Ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal.

- g) Estimular el trabajo en equipo, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

2.16.2 La evaluación de la calidad de la atención en el sector salud: modelos y conceptos básicos.

En 1912, en Estados Unidos, se crearon los primeros estándares mínimos de actuación profesional que deberían cumplir los miembros del Colegio de Cirujanos en hospitales y, desde entonces, se han incorporado otros criterios que contemplan a todo el sistema de atención a la salud. Este interés surge de la aceptación de los cambios que resultaron relativamente exitosos en la burocracia industrial, mismos que adoptan los hospitales a finales del Siglo XIX y los primeros 30 años del siglo XX. Sin embargo, en los inicios de la década de los 70s del siglo XX, el interés por evaluar la calidad y la productividad de los sistemas y centros de atención a la salud se incrementó sustancialmente como producto de las políticas de salud impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las crecientes restricciones presupuestales para lograr los objetivos diseñados.

En el campo de la atención a la salud, el interés por garantizar la calidad surge de la responsabilidad que el médico adquiere con su paciente de buscar lo mejor para él (principio de beneficencia). En ese sentido también, la preocupación por la calidad actualmente está asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los

procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados (Suñol y Bañeres, 1997).

Regularmente, en el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad considerando los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia;
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades;
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud de que se es capaz y;
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

De acuerdo a dichos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad (Lee y Jones, 1993).

De esta manera, los parámetros de la calidad en el campo de la atención a la salud serán diferentes, dependiendo de la posición funcional que las personas guarden dentro del sistema de cuidado de la salud. Por consiguiente, el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, etc. no es el mismo, propiciando que haya una gran diversidad de parámetros de la calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para compararlos o complementarlos para lograr un índice único y válido.

Sin embargo Grönroos (1983), intentando sistematizar los diferentes parámetros de la calidad, los ha agrupado en cuatro tipos, denominándolos conceptualmente como:

- a) Calidad científico-técnica (que se juzga en relación a los avances técnicos y científicos disponibles en ese momento y con base en el juicio profesional);
- b) Calidad funcional (es la atención que se presta tal como es percibida por el paciente o su familia);
- c) Calidad corporativa (por ejemplo la imagen que transmite un centro de salud, juzgada por los pacientes, sus familiares, los pacientes potenciales y los propios profesionales y que condiciona a los otros elementos de la calidad);
- d) Gestión de la calidad (que son un conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una institución).

Otros conceptos relacionados con la calidad son el de calidad total y control de calidad. El control de calidad hace referencia los procesos relacionados con la comprobación de la conformidad del producto con respecto a las especificaciones del diseño del mismo. El objetivo de las acciones de control de calidad consiste en identificar las causas de la variabilidad para establecer métodos de corrección y de prevención para lograr que los productos fabricados respondan a las especificaciones del diseño. Ahora bien, cuando se

incorpora la calidad a todas las fases del proceso y se implican a todos los profesionales que intervienen en ellos, buscando mejorar los procesos día con día, entonces estamos hablando de Calidad Total.

Los principios de calidad total incluyen: ejemplaridad de la dirección, preocupación por la mejora continua, adhesión de todos los profesionales, cambio en la cultura de la organización para introducir y compartir los valores de la preocupación por la mejora, evaluación y planificación de la calidad, rápida circulación de la información, incorporación del punto de vista del cliente, e importancia del cliente interno (Nguyen y Kleiner, 1995).

En el sector salud, Donabedian en el año 1966 sistematizó la evaluación de la calidad de la atención conceptualizándola como una triada compuesta por "la estructura, el proceso y el resultado", marcando la evolución conceptual y metodológica del término en el ámbito de la salud.

El término "estructura" comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo. El examen de la estructura de atención a la

salud constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la "acreditación".

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. De esta manera se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica (Saura, 1997).

Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención adecuada para unas circunstancias de salud-enfermedad concretas. Las Guías constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos. Parten del supuesto de que si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo.

Por último, los "resultados" hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación de servicio determinada (Donabedian, 1980). La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando estos no son óptimos, también por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira, Fernández y Vitaller, 1992).

Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos. También es importante saber si el paciente queda satisfecho (Mira y cols., 1992). La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. La satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento o centro, una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento (Dickens, 1994).

2. 16.3 Definición de calidad de la atención.

Desde diferentes perspectivas se ha intentado definir la calidad, algunas lo hacen desde un punto de vista funcional (Por ejemplo, Bloom y Peterson en 1973; Donabedian en 1984, Jones en 1990 y Paganini en 1993) y otras a través del análisis de sus componentes. En las definiciones de tipo funcional se resalta que los servicios deben tener un conjunto de características (técnicas y humanas que se adecuen a las necesidades de salud de los pacientes) para el logro de los objetivos de salud perseguidos o esperados y Donabedian (ibid.) es el autor que inicialmente enfatiza la importancia de las condiciones contextuales (amenidades) del proceso de atención para el logro de los objetivos. Así, en las definiciones de tipo funcional encontramos dos elementos generales que permiten definir la calidad: los elementos de tipo técnico-profesional-científico y aquellos de tipo humano o de relación interpersonal en donde se incluyen las amenidades.

Respecto a las definiciones que definen la calidad con base en el análisis de sus diferentes componentes, probablemente la autora más citada sea Palmer (1983), para quien los elementos de la calidad de la atención son:

- a) Calidad científico-técnica: competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la

relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.

- b) **Accesibilidad:** facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.
- c) **Efectividad:** grado con que la atención de la salud consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.
- d). **Eficiencia:** grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costos generados, tanto para el prestador de servicios, la institución y el paciente.
- e) **Satisfacción o aceptabilidad:** grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.

El análisis de los dos tipos de definiciones nos permite establecer que la calidad de la atención tiene dos componentes interactuantes importantes:

- Los aspectos relacionados con la prestación del servicio, tanto en lo que se refiere a la infraestructura, los insumos, la adecuación a las características de la población que se atiende, la cualificación del personal, los procesos de cuidado de la salud conforme al desarrollo técnico-científico del momento, entre otros que se denominan "técnicos"(aquí

cambia en psicología ...pues el resultado es producto de ambos) y;

- Los aspectos relacionados con la interacción social en todo el proceso que se denominan humanos.

Estos dos componentes están ligados de manera indisoluble, ya que aisladamente no sería posible obtener un nivel aceptable de la calidad en la atención. Se podría contar con unidades de atención, ya sea hospitalaria o clínica, altamente dotados con los adelantos tecnológicos, personal super-especializado y una excelente organización para dar respuesta a las demandas de atención a la población, sin embargo la carencia de personal sensible a las necesidades individuales de los pacientes, sin un trato amable e interesado auténticamente, en un ambiente de consideraciones y respeto crea en los usuarios de los servicios reticencias que se manifiestan en un bajo nivel de adherencia y muchas veces pobres resultados médicos acompañados por una sub-utilización de los servicios con mayores costos a mediano y largo plazo; lo contrario crea efectos aún más catastróficos.

De esta manera, es importante que haya un balance óptimo entre los aspectos técnicos y los humanos. Respecto a los aspectos técnicos, la medicina ha desarrollado estándares para asegurar que se cumplan los elementos mínimos para lograr sus objetivos y evitar los excesos en un ámbito de crecientes restricciones presupuestales, principalmente en el Sector Público. Relacionado

con el aspecto humano, se han hecho esfuerzos para capacitar al personal para mejorar las interacciones que tienen con los usuarios de los servicios y evaluar la satisfacción del paciente con los servicios obtenidos; habría que señalar que, actualmente, las restricciones presupuestales, las demandas de atención creciente y una inadecuada organización del Sistema Público e Institucional de Salud en México han limitado una mejora efectiva en ese aspecto en particular y, en general, en todo el sistema del cuidado de la salud.

Dado que los aspectos técnicos de la prestación de servicios médicos, incluidos los sanitarios y preventivos, se han evaluado y monitoreado por el mismo Sistema de Salud de acuerdo a sus propias normas, la parte relacionada con los aspectos humanos, y algunos aspectos técnicos (ubicados en la estructura, el proceso y el resultado) se han evaluado a través de la satisfacción del paciente o usuario y se ha considerado que es una estrategia que ha permitido obtener información acerca de la eficacia de la atención médica y del cumplimiento, o incluso utilidad, de los estándares de los servicios y su mejora constante.

En este aspecto es conveniente determinar a que nos referimos con el término "satisfacción", su evaluación y su importancia para determinar la calidad de la atención.

2.16.4 La satisfacción en la evaluación de la calidad de la atención.

La satisfacción del paciente o usuario de los servicios de salud depende de múltiples factores, pero tiene una relación de

dependencia de la atención que se otorga con los valores y expectativas de los usuarios, determinando en gran medida el grado de utilización de los servicios, en la adherencia al tratamiento y en los resultados que se obtengan; así mismo, los datos se integran al análisis de estrategias para mejorar los servicios.

La definición de satisfacción será diferente, según lo entendamos como un concepto genérico o restringido que refleje aspectos específicos de la experiencia de los usuarios, en virtud de la atribución que estos hagan a los servicios recibidos, al cumplimiento de sus expectativas positivas en relación a varios aspectos del servicio, incluyendo la interacción personal, entre otros.

Como sea, un componente esencial de la satisfacción es el cumplimiento de las expectativas, éstas se conciben como la probabilidad percibida por un individuo de que ocurra un evento cuando anteriormente ocurrieron varios del mismo tipo en condiciones similares. Aunque la confirmación de expectativas es un fenómeno muy complejo, e intervienen diversos factores de la propia historia del individuo, se puede plantear que cuando menos hay cuatro tipos de expectativas que utiliza en el momento en que el usuario evalúa los servicios:

- a) Lo ideal a lo esperado.
- b) Lo mínimo al menor nivel esperado
- c) Lo esperado en relación a la experiencia anterior
- d) Lo merecido a lo esperado.

Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades; esto, supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones pertinentes, cumpliendo así el imperativo ético de involucrarlos en la mejora de la calidad de los servicios (Caminal, 2001). Algunos autores agregan que la satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado de acuerdo a sus expectativas, del trato personal que recibieron y el grado de oportunidad y amabilidad con la cual el servicio fue brindado (Caligiore y Díaz, 2003; Castañeda, y González, 2002; Valdez, Román, y Cubillas, 2002); sin embargo, al evaluar la satisfacción del usuario no podemos perder de vista que él mismo hace valoraciones respecto a los aspectos de la estructura y el proceso de la atención, tanto de manera prepositiva como incidental y que, por lo tanto dicha evaluación debe considerar tales componentes.

Sin duda, el desarrollo y el éxito de la evaluación de la calidad de la atención médica han influido en diversos ámbitos que están orientados a los servicios personales de poblaciones y no solo a la oferta de productos concretos. Un ámbito de servicio cuya naturaleza es similar al de la atención médica, y que también se ejerce en ambientes de atención a la salud biológica, así como en otros ámbitos, es el de salud mental o psicológica, incluyendo la evaluación y la orientación. La aplicación de la psicología en

ámbitos de la salud y en consultorios, para ayudar a las personas a desarrollar alternativas a comportamientos que desean cambiar, tradicionalmente se le ha denominado psicología clínica y al proceso de atención psicoterapia -aunque hay quienes hacen distinciones en relación a términos relacionados como orientación, evaluación, etc.; pero en este trabajo los consideraremos dentro del proceso de psicoterapia o terapia- y nuestro interés es centrarnos en la aplicación de la evaluación de la calidad de la atención en este ámbito.

En la actualidad ha habido un creciente interés en la evaluación de la calidad en psicología, principalmente en ámbitos de atención psicoterapéutica y de orientación (por ejemplo, véase, Rosenblatt, Wyman, Kingdon e Ichinose; 1988), sin embargo este interés manifiesta una tendencia generalizada hacia la evaluación de la satisfacción del usuario o paciente de los servicios de salud mental. Esta tendencia, en comparación con el ámbito de la salud médica, manifiesta una perspectiva que reduce la evaluación de la calidad de la atención psicológica a la satisfacción de acuerdo con la opinión de los usuarios del servicio. Si bien esta estrategia de aproximarse a la calidad es importante en la medida en que se obtiene información para establecer el grado en que los servicios de atención psicológica están satisfaciendo las necesidades de los usuarios, también es cierto que es un indicador muy limitado y a veces cuestionable en la medida en que no existen otros indicadores relacionados con la estructura, el proceso y algunos

parámetros científicamente derivados de los resultados. Así, el reporte de satisfacción de los usuarios nos ofrece información valiosa, pero de utilidad limitada para apreciar en toda su dimensión la calidad con la que se está ofreciendo un servicio y detectar las áreas de mejora del mismo.

La evaluación de la calidad de la atención debe tener las características de integralidad y sistematicidad para que sea confiable y válida, considerando componentes adecuados a la naturaleza del servicio tanto de la estructura como del proceso y el resultado, conforme lo estableció Donabedian (1984). Asimismo, la evaluación de la satisfacción del usuario con el servicio debe definir sus componentes de acuerdo con la triada arriba señalada. Elaborar estrategias e instrumentos de evaluación de la satisfacción implica, entonces, seleccionar componentes de la atención que están definidos por la naturaleza y organización del servicio que se ofrece en un contexto institucional y cultural determinado. Si los instrumentos de satisfacción están diseñados sin haber hecho un análisis de los componentes definitorios del servicio, en los tres niveles antes mencionados, entonces habrá pocas posibilidades de encontrar áreas y procesos que mejorar efectivamente y, por lo tanto, los resultados serán espurios, sobre todo en situaciones de práctica institucional.

De este modo, se hace necesario ahondar en la importancia de evaluar la calidad de los servicios psicoterapéuticos, principalmente aquellos que se realizan en un ámbito institucional como son

centros de salud y ambientes académico-profesionales y establecer mecanismos de mejora en los mismos, es necesario elaborar un análisis de su aplicación y establecer los límites y los alcances de dicha propuesta. En ese sentido, es importante plantear el qué, el cómo y para qué de la evaluación de la calidad en psicoterapia.

2.16.5 Trato con el usuario

En esta entrega nos dedicaremos a un factor muy importante en la percepción del servicio profesional: Nos estamos refiriendo a la comunicación con el usuario.

Todos conocemos al modelo de comunicación humana. Se dice que una comunicación comienza cuando el emisor codifica su idea, la transforma en palabras, y la emite a través de un medio al receptor. Este para entenderla la decodifica, es decir la convierte en una idea a fin de comprenderla y así poder contestar. La comunicación se completa cuando el receptor da el feedback al emisor, cerrando así el circuito comunicacional. Sin embargo no hay ninguna garantía de que él entienda exactamente lo que yo le quiero decir. **Por eso decimos que el emisor es el responsable del contenido de la comunicación.** El se debe colocar en el lugar del receptor, por ejemplo el paciente, y elegir los términos más apropiados para transmitirle la idea que tiene en su mente.

La mejor manera de asegurarnos que el otro entienda nuestro mensaje tal y como lo pensamos es diciéndolo de la forma más sencilla que nos resulte posible.

Por ejemplo evitando términos técnicos propios de la medicina y buscando palabras más simples que nuestro paciente comprenda sin dificultad.

Una aclaración importante: el concepto de sencillez es un concepto relativo al nivel intelectual de nuestro interlocutor.

¿Qué queremos decir con esto? Pues simplemente que lo que sería adecuado para un paciente con un determinado nivel cultural, digamos medio o bajo, sería inadecuado, y casi ofensivo, para un nivel cultural superior.

Algunas sugerencias para lograr que nuestro paciente entienda el mensaje tal y como queremos:

➤ **Evite hablar demasiado rápido**

Los seres humanos hablamos a una velocidad cercana a las 150 palabras por minuto. Al darle al paciente una explicación de un aspecto clave de su enfermedad o al indicarle su tratamiento sería conveniente hablar a una velocidad ligeramente menor a la normal, digamos a un ritmo cercano a las 120 palabras por minuto, a fin de ser adecuadamente entendido .

➤ **Utilice palabras sencillas**

Las razones son las explicadas en el punto precedente.

➤ **Sea preciso**

Utilice la cantidad justa y necesaria de palabras. Un exceso de palabras **puede** confundir a su interlocutor y hacerlo malinterpretar sus

indicaciones. De la misma forma una utilización mezquina del lenguaje lo obligará a completar " la información faltante" con sus suposiciones.

➤ **De énfasis y claridad con ademanes e inflexiones**

Utilice en toda su plenitud el lenguaje corporal. Deje que sus gestos y su voz; a través de su tono, volumen y acentuación; refuercen su mensaje.

➤ **Repita los conceptos clave**

Recuerde que numerosos estudios realizados demuestran que una idea es aceptada luego de ser escuchada 6 veces. Por lo tanto, no dude en repetir aquellas indicaciones que considere importantes para su paciente, ya que al hacerlo esta reforzando la recordación de la idea.

➤ **Explique**

Si pretende que su paciente actúe de una determinada manera, que siga sus sugerencias, explíquelo, por qué le conviene hacerlo. Dele información y él no sólo actuará en el sentido indicado sino que reconocerá su calidad profesional y humana.

Se dice que entre dos personas que se comunican se generan dos bandas de escucha. La primera, que algunos autores llaman "banda estrecha", se queda en el contenido verbal del mensaje.

La segunda en cambio, "la banda amplificada", reconoce además: Los mensajes no verbales, o sea la postura y la expresión. Las dudas, las vacilaciones y los silencios cortos que se producen mientras el paciente habla. El énfasis que se hace en determinados conceptos y las inflexiones de voz utilizadas al decirlos. El tono y el timbre de la voz, que

delatan con sus variaciones los diferentes estados emocionales de nuestro interlocutor. Las cosas que se callan, que son habitualmente las que producen más temor, mayor conflicto y movilización interior.

El modelo de comunicación conocido como "Las cuatro caras de un mensaje" ilustra la psicología de la comunicación personal.

Este explica que en cualquier proceso de comunicación hay 4 aspectos que se expresan simultáneamente, a saber:

- a) **El Nivel objetivo:** Es el contenido verbal / ¿De que estoy hablando?
- b) **El Nivel de Relaciones humanas:** ¿Qué sugiero con lo que digo?
- c) **La Revelación de sí mismo:** ¿Qué revelo de mí mismo y de mis intenciones al decirlo?
- d) **La Apelación:** ¿Qué acción deseo que efectúe el otro? Todos sabemos que lo que se dice, a menudo difiere de lo que se quiere decir.

Las cosas se expresan "en forma indirecta": "Es imposible hacerlo sin ayuda" significa "quiero que usted me ayude". "Si yo no me ocupo de todo, no pasa nada" puede en realidad significar que "Usted debe trabajar con mayor atención". Hacemos alusiones, decimos indirectas, usamos figuras y símbolos que no siempre son familiares a nuestro interlocutor.

Paul Watzlawick señala que el aspecto de las relaciones humanas de una comunicación, tiene prioridad sobre el contenido real. Esto significa

que una persona puede captar los mensajes emocionales más rápida e intuitivamente que lo que expresamos a través del lenguaje.

Dependiendo de cómo se sienta, puede ser receptiva o sorda al mensaje real. Dicho de otra forma, lo más importante de una consulta, no es si una persona es o no comprendida. Si el paciente siente que el médico no ha comprendido su angustia, que no ha entendido su estado de ánimo, actuará en consecuencia pues esa es para él la verdad.

2.16.5.1. ¿Qué es la escucha empática?

Es la forma de escucha ideal pues nos permite no sólo entender lo que el otro plantea sino también cómo se siente al hacerlo, pero la mayoría de los seres humanos no somos buenos escuchando. ¿Cómo podremos entonces mejorar nuestra escucha?

Hay una serie de medidas simples que pueden ayudarnos a lograrlo:

a) Buen contacto visual

De ser posible vea al paciente de cuerpo entero. De esta forma podrá reconocer sus mensajes no verbales y entenderlo mejor.

b) No juzgue mientras escucha

La mayoría de las personas hacen lo que se llama una escucha centrada y no empática. ¿Qué significa esto? Pues que mientras el otro está hablando se pasa más tiempo pensando en lo que se le va a responder que en comprender cabalmente su mensaje.

c) **Sea receptivo**

Esto implica aceptar comentarios que no nos agraden, escuchar posiciones diferentes a la nuestra o simplemente ser paciente con una persona a la que le hemos explicado dos veces un concepto y vuelve sobre él por una tercera vez.

d) **Concéntrese**

La escucha empática requiere de un esfuerzo de concentración, nos obliga a estar pendientes de los mensajes del otro.

e) **Haga preguntas**

El preguntar es un signo de interés. Si Usted le pregunta al paciente sobre su forma de percibir su afección, sus inquietudes o sus dudas sentirán que él tiene un genuino agradecimiento hacia Usted por su preocupación.

f) **Tome notas**

Es una variante del punto anterior. Al anotar Usted le da a la persona un mensaje de la importancia que tiene lo que ha dicho. Es una forma de valorar sus comentarios.

2.17 Definiciones y Conceptos de la Calidad

Definimos calidad, tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados.

Este mejor conocimiento sanitario existente en cada momento debe plasmarse en normas, que luego deberán ser adaptadas a las realidades y circunstancias locales.

Decimos también que es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad es como el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo por tal, el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente.

Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de poder determinar el grado de aproximación al ideal u óptimo que, a su vez, definirá el grado de calidad alcanzado.

Definimos las normas como pautas de actuación, reglas a las que se deben ajustar las acciones.

Virgil Slee, con agudeza, remarca el sentido real de la formulación y adopción de normas a través de la suma de consensos, ya que la tesitura de pretender establecerlas suele ser considerada algo presuntuosa y torna difícilmente aceptables sus prescripciones.

Esta tarea de normatizar la atención médica consiste sencillamente en llegar a un acuerdo acerca de la conducta y eficacia que se espera encontrar en el cuerpo médico institucional.

Las normas que se elaboran deben ser:

- Posibles.
- Claras.
- Formuladas por escrito, en forma breve y sencilla.
- Accesibles.
- Difundidas al cuerpo profesional.
- Elaboradas a nivel local, pautando las situaciones comunes.
- Consensuadas.
- Flexibles, sujetas a un dinámico proceso de revisión que permita su actualización

Tres aproximaciones a la Evaluación de la Calidad

El análisis de la gestión de un prestador con el propósito de evaluar la calidad de los servicios de salud brindados, se puede realizar desde tres aproximaciones:

- Abordando la estructura, entendiéndose como tal los factores que constituyen las condiciones bajo las cuales se provee la atención médica.
 - a) Recursos materiales, tales como instalaciones y equipamiento.
 - b) Recursos humanos, tales como el número, variedad y calificación del personal del equipo de salud.
 - c) Características de la organización, tales como la estructura y funcionamiento del equipo médico, enfermeros, presencia de actividades de enseñanza e investigación, tipo de supervisión y revisión de desempeño, recursos financieros y formas de
- Abordando el proceso, durante el acto médico en sí. Comprende las actividades que constituyen la atención médica, incluyendo

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación del paciente; en general llevados a cabo por personal profesional, aunque también se extienden a otras contribuciones a la atención, en particular del paciente, su familia y la comunidad. Es toda la atención que se hace a un paciente y la habilidad para hacerlo, incluye lo que los pacientes pueden hacer por sí mismos.

Se refiere a las características de la conducta del prestador en el manejo de la salud y la enfermedad que tienen efectos sobre los resultados.

- Abordando el resultado, a posteriori del acto médico, en función de normas existentes o consensuadas en la materia. Para Donabedian es lo que se obtiene para el paciente o población, más específicamente el cambio en el estado de salud (deseable o no) atribuible a la atención médica que se brinda.
 - a) Cambios en el estado de salud.
 - b) Cambios en los conocimientos adquiridos por los pacientes, la familia y/o la comunidad que pueden influenciar en la salud futura.
 - c) Cambios en las conductas del paciente, la familia y/o la comunidad que pueden influenciar en la salud futura.
 - d) Satisfacción con la atención y sus resultados del paciente, miembros de la familia y la comunidad. Incluye también la satisfacción de los profesionales de la salud.

Los tres enfoques de evaluación son complementarios, y que combinando la información de la estructura, el proceso y el resultado se

obtiene mayor confiabilidad en los juicios que se emiten respecto de la calidad de la atención médica.

2.18. El Enfoque multidisciplinario

Actual del control de Calidad se caracteriza por estudiar las relaciones entre Estructuras, Procesos y Resultados

(OPS 1992) (1)

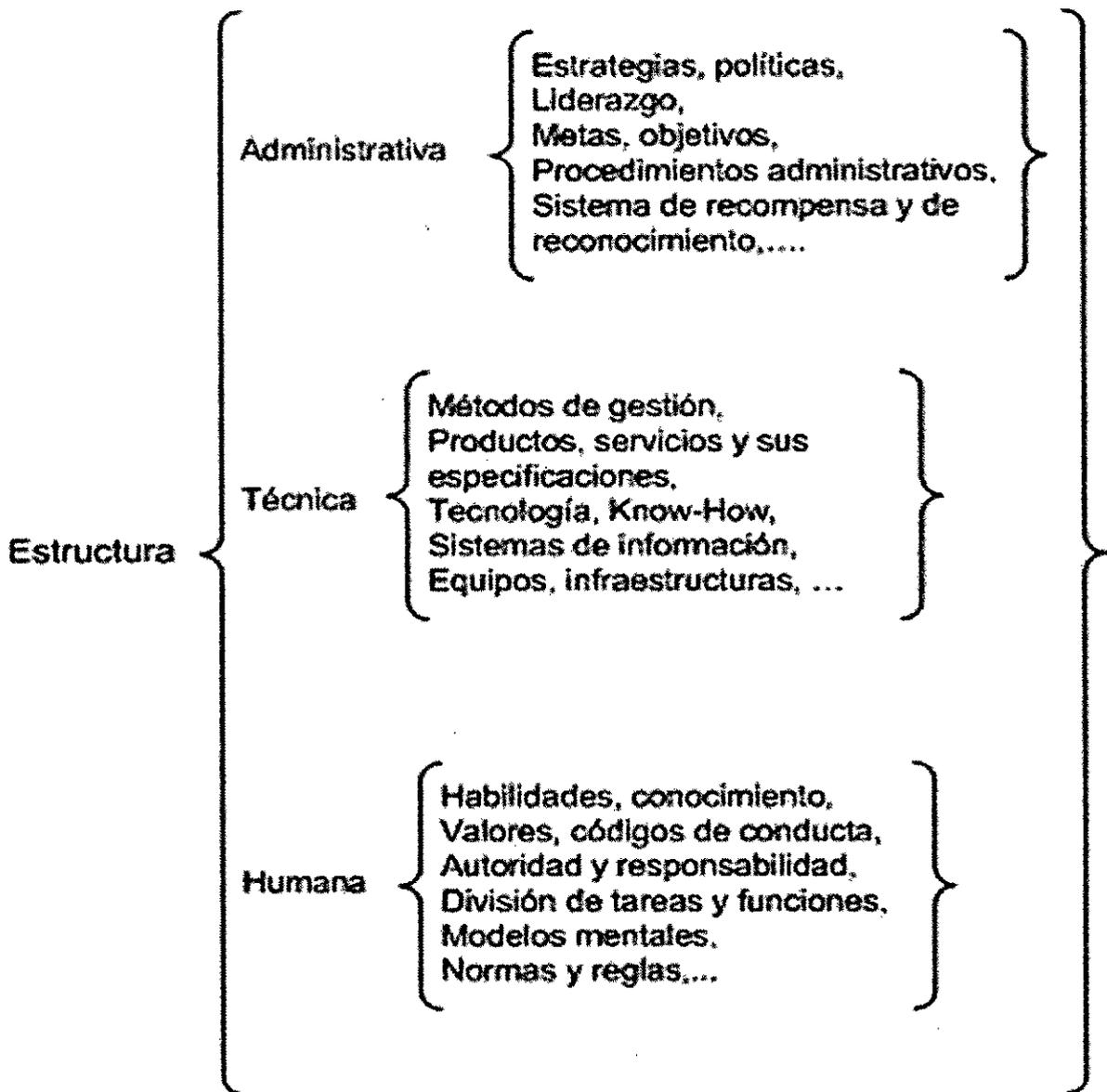
Un enfoque sistemático para la evaluación se lo debemos a Avedis Donabedian, que propuso *con fines eminentemente didácticos* la obtención de medidas de la calidad para la «estructura», el «proceso» y el «resultado» obtenido en términos de salud. Así pues, estos términos no son dimensiones o atributos de la calidad asistencial sino aproximaciones para la evaluación de la calidad.

Estructura. Comprende las características relativamente estables de los proveedores de atención sanitaria, de los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y de los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y calificación profesional. Así como el número tamaño, equipo y localización geográfica de los hospitales y de otras clases de centros sanitarios, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los Servicios, el proceso de producción, el sistema retributivo de los profesionales y la organización formal del personal médico y de enfermeras.

La estructura es determinante para el desarrollo de los procesos y para las pautas de comportamiento de las personas y de los sistemas en ella incluidos. No debe verse a la estructura como algo estático, sino

todo lo contrario, como algo dinámico que está continuamente intercambiando información con el exterior, y que al mismo tiempo delimita un marco donde se realizan los procesos. Muchas veces se pretenden cambios organizativos a través de la modificación de los procesos pero sin tocar la estructura lo cual suele ser sinónimo de fracaso. Los procesos están inextricablemente unidos a la estructura, son como la otra cara de la moneda, y si queremos rediseñarlos con éxito habrá que revisar y seguramente que modificar la estructura en la que se desenvuelven.

Desde el punto de vista del pensamiento sistémico la estructura es el resultado de la interrelación dinámica de las variables más relevantes de la organización y no la concatenación lineal de los elementos más notorios. Sólo considerando esta perspectiva podremos ver totalidades en vez de partes y podremos reconocer los *arquetipos estructurales* que subyacen en nuestras organizaciones y los modelos de comportamiento que imponen.



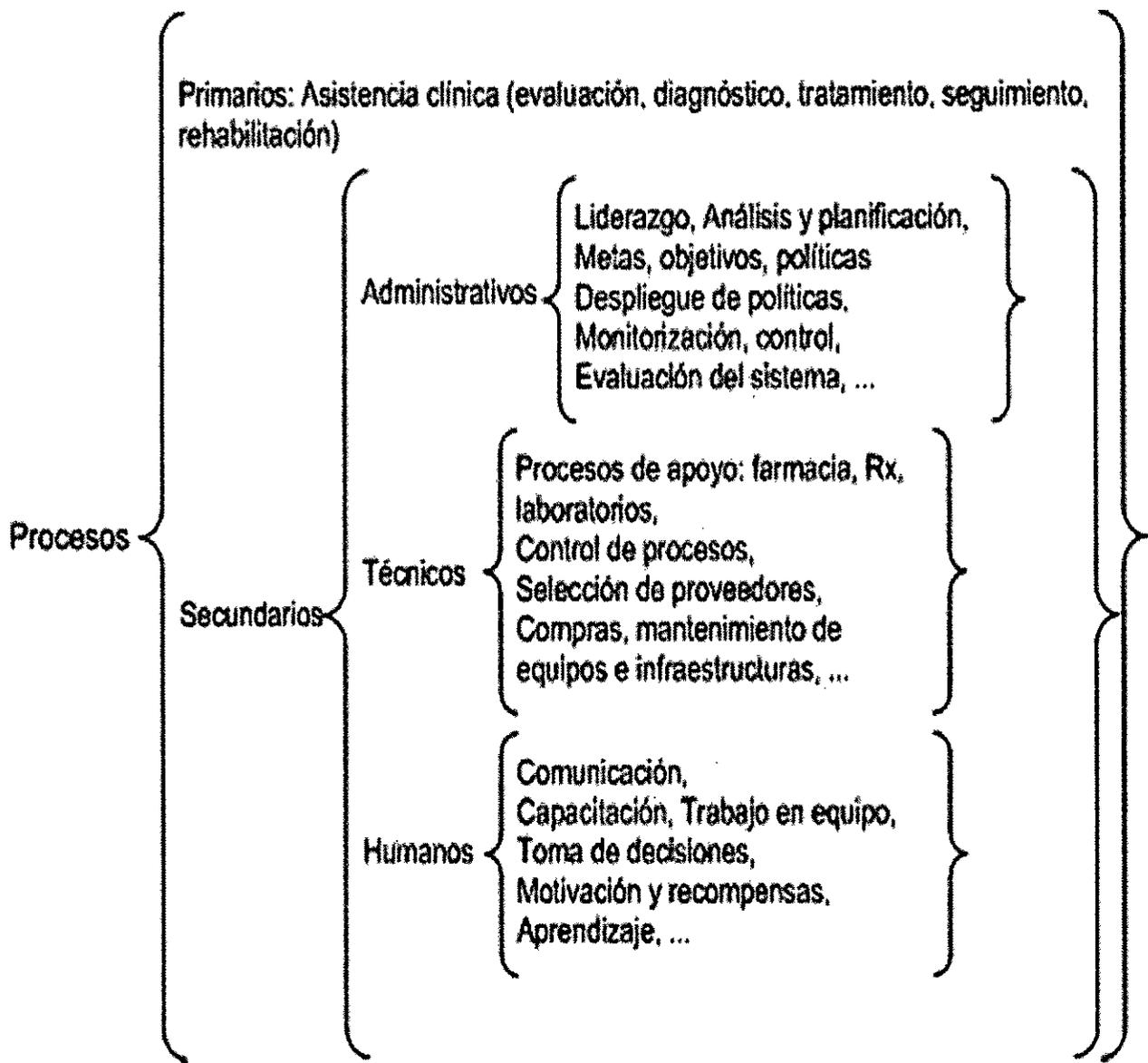
Proceso. Son las interacciones entre los profesionales y sus clientes a cerca de las cuales se puede emitir un juicio de su bondad, tanto en la observación directa como mediante el análisis de la información registrada, contempla también aquello que el paciente hace para cuidarse a si mismo: el mérito o tiempo y esfuerzo dedicado por el individuo a la promoción y mantenimiento de su estado de Salud.

Si la estructura es determinante de los procesos también es cierto que éstos pueden influir y modificar con el tiempo a la estructura. De hecho

hay procesos que acaban transformándose en estructura demostrando de este modo la unidad inseparable del binomio «estructura–proceso».

Los procesos dentro de una organización obedecen a las reglas de juego que les marca la estructura, son el resultado de patrones estructurales de comportamiento y por tanto si queremos modificar los procesos habrá que ver si la estructura lo permite o hay que modificarla. Muchos intentos de rediseño de procesos acaban introduciendo inestabilidad en el sistema o directamente en fracasos estrepitosos precisamente por dejar intacta la estructura.

Las características de los procesos asistenciales están más directamente relacionadas con los resultados obtenidos que las características de la estructura.



Resultado. Es el cambio atribuible a la actualización médica, que se produce en el estado actual y futuro de la Salud del paciente. Se incluyen en él la mejora de la función social y Psicológica .Las nuevas actitudes del paciente, el conocimiento adquirido sobre la Salud y la modificación de los hábitos de vida.

La OMS considera que **el resultado** de la atención medica es bueno cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los Servicios Psicológicos le conducen al estado de Salud óptimo alcanzable para ese

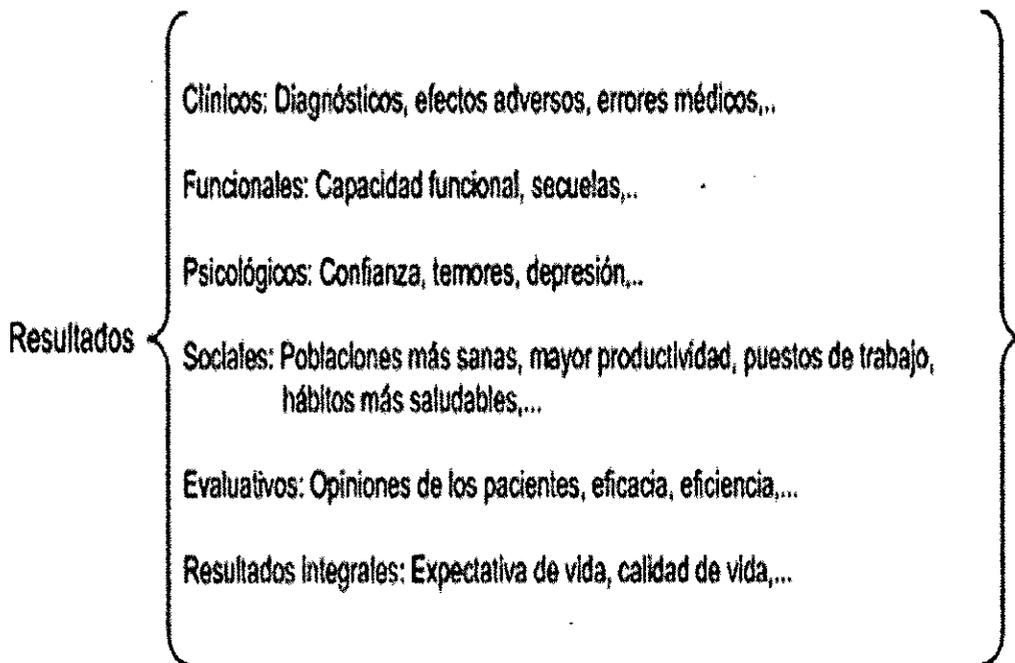
paciente, a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos del paciente; se consigue con el costo mínimo de recurso y el menor riesgo posible de daño adicional, y deja plenamente satisfecho al paciente con respecto al proceso asistencial, la interacción con el sistema sanitario y los resultados obtenidos.

En general, la medida de los resultados se considera el mejor medio para evaluar el nivel de calidad de los cuidados asistenciales. Tiene que ser así porque a fin de cuentas lo que verdaderamente importa es la salud y bienestar de los pacientes y de la población. Sin embargo, no debemos olvidar que los resultados son consecuencias atribuibles a la asistencia dispensada y que si queremos hacer un juicio sobre la calidad deberíamos poder identificar qué asistencia ha sido específicamente responsables de un resultado. Esta conexión entre la asistencia antecedente y el consecuente resultado es con mucha frecuencia difícil de establecer originando lo que Donabedian llamó «problema de atribución».

Ahora bien, esas dificultades son contrarrestadas por varias ventajas. Una de ellas es la capacidad de inclusión que tienen muchas medidas de resultados. Es decir, la capacidad de reunir las contribuciones de todos los inputs de la asistencia, incluidos los provenientes de pacientes y sus familias. Otras ventajas son que los resultados permiten evaluar indirectamente la destreza y habilidades con que la asistencia se llevó a cabo y además permiten que los

pacientes/clientes puedan juzgar la calidad de la atención que recibieron.

Medir los resultados es algo más difícil. Cuando los resultados se producen mientras se presta la asistencia son fácilmente observables y pueden evaluarse sin problemas. Es lo que hacen los médicos y enfermeras para conducir los cuidados: los resultados intermedios les guían en la siguiente decisión a tomar. Pero cuando los resultados relevantes aparecen tiempo después de que la prestación asistencial haya terminado es mucho más difícil establecer una relación entre ambos y por tanto cometer errores de atribución.



Entre los tres componentes de la atención médica: **Estructura – Proceso – Resultado** , Donabedian (1) establece una relación funcional: considera

que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso, y que un buen proceso aumenta las posibilidades de un buen resultado.

La Investigación propuesta se centra en la Evaluación de la Calidad de la atención en la Dimensión del proceso y, en alguna medida en la Dimensión de Resultados.

Recoge percepciones tanto desde la visión de los pacientes o clientes como del personal médico y no médico en lo que se refiere a la Calidad de atención en circunstancias vinculadas a la consulta externa.

2.18.1. Las 3 dimensiones de la calidad.

La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad. Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones. Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.).

Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como accesibilidad y equidad .

Por pragmatismo, quizá sea conveniente limitarse a discutir las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios que se ilustran en la figura 1: calidad para el cliente, calidad administrativa y calidad profesional.

Los tres círculos de la figura 1 se superponen, ya que es obvio que ninguno de ellos puede, aisladamente, conseguir una mejora en la calidad de la asistencia.

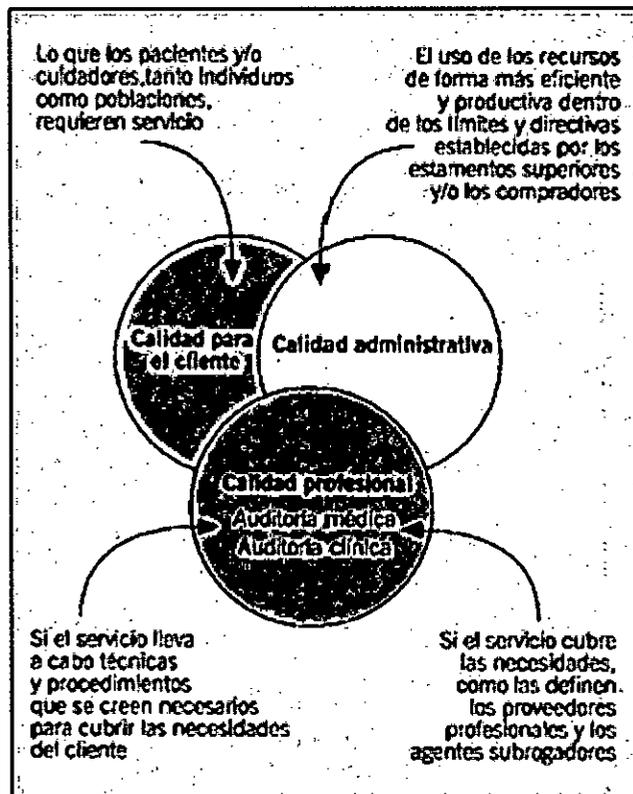


Fig. 1. Las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios. Adaptada de Ovretevat².

Si la calidad ha sido definida como, "cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidos por los

estamentos superiores y por los compradores del servicio”, la interrelación entre los tres círculos se clarifica.

En particular, es importante no ceñirse a mejorar la satisfacción de aquellos pacientes, o clientes, que reciben el servicio, sino responsabilizarse de que todos aquellos que necesiten el servicio puedan acceder al mismo. Es este concepto el que obliga a que se efectúe una valoración de las necesidades de la población, lo que cae dentro de los dominios de la salud pública. Pero también se requiere que, para proporcionar asistencia de calidad a los pacientes, la eficiencia del servicio se tome en cuenta; esto es, que se evite malgastar recursos que puedan ser empleados con otros pacientes.

Recientemente se está introduciendo, en el estilo de gestión sanitaria, el concepto gestión de calidad total (o Total Quality Management [TQM]), que ha sido ampliamente proclamada como la razón del predominio de la industria manufacturera japonesa sobre la estadounidense. Las teorías detrás de este proceso de TQM han sido desarrolladas por norteamericanos, en particular por Deming y Juran (tabla 1).

TABLA 1
Principios básicos de la gestión de calidad total

Los 10 pasos para mejorar la calidad según Juran ^a	Los 14 puntos de la gestión según Deming ^b
<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear conciencia de la necesidad y oportunidad para mejorar 2. Poner metas para la mejora 3. Organizarse para alcanzar las metas (establecer consejos de calidad, elegir proyectos, designar equipos y/o facilitadores) 4. Proporcionar formación y entrenamiento 5. Llevar a cabo proyectos para resolver los problemas 6. Informar sobre el progreso 7. Reconocer los logros 8. Comunicar los resultados 9. Documentar puntuaciones 10. Mantener el «momento» por medio de integrar las mejoras anuales como parte de los procesos y sistemas regulares de la compañía 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear constancia de; propósito hacia la mejora de; servicio 2. Adoptar una nueva filosofía. No se puede vivir con los niveles de retraso, errores, defectos de material, o ineptitud comúnmente aceptados 3. Dejar de depender de inspecciones en masa. Apoyarse, por contra, en evidencia estadística de que la calidad está presente, es inherente 4. Acabar con la práctica de premios basados en etiquetas 5. Identificar problemas 6. Instaurar métodos modernos de formación profesional 7. Instituir métodos modernos de supervisión de la producción de los trabajadores 8. Despejar miedos para aumentar la eficiencia 9. Demuir barreras entre departamentos 10. Eliminar metas numéricas, posters y eslóganes pidiendo más productividad sin proveer de método 11. Eliminar estándares que prescriban cuotas numéricas 12. Potenciar el orgullo en el trabajo 13. Instaurar un vigoroso programa de educación y formación 14. Crear una estructura en la gerencia que vale por todo lo anterior

La aproximación del TQM tiene unos elementos esenciales:

- a. un compromiso hacia la calidad desde los más altos niveles del servicio;
- b. un entorno participativo, donde todos los miembros son apreciados;
- c. un buen sistema de calidad, concentrándose más en los procesos que en los individuos;
- d. una aproximación al personal basada en la formación y/o entrenamiento y en el desarrollo del mismo;

- e. una relación para con el cliente enfocada en sus puntos de vista y en sus deseos;
- f. un reconocimiento a la importancia de la mejora continuada de la calidad,
y
- g. una inversión en el desarrollo de la calidad, al reconocer que ésta mejora los niveles de beneficios al disminuir lo que se malgasta.

Aun cuando estos puntos de vista son asumibles, es necesario rebajar el énfasis expresado en la aproximación del TQM hacia los procesos, pues aunque éstos sean importantes, en uno de los componentes de la calidad de la asistencia sanitaria, el de la calidad profesional o auditoría médico-clínica, no lo son menos los resultados terapéuticos. En todo caso son más cruciales, porque son la dimensión de hasta dónde los procesos de la asistencia han tenido éxito.

2.19 Definición de términos

➤ Calidad según Edwards Deming

El concepto de calidad es utilizado desde las primeras civilizaciones donde el hombre era nómada y su medio de vida era la caza y la recolección de frutos, en ese entonces la calidad se basaba en inspeccionar y seleccionar lo mejor. Pero el concepto de calidad tomo mayor importancia por los años 50's donde aparece EDWARDS DEMING quien fue el más importante en el estudio de la calidad, se le reconoce que logro cambiar la mentalidad de los japoneses al hacerles entender que la calidad es un "arma estratégica". Demostrando los altos costos que una empresa genera cuando no tiene un proceso planeado para administrar su calidad, es decir el desperdicio de materiales y

productos rechazados, el costo de trabajar dos o más veces los productos para eliminar defectos, o la reposición y compensación pagada a los clientes por las fallas en los mismos.

➤ **Sistema de la calidad**

Esta cláusula define los requerimientos del sistema de calidad de la organización: La norma requiere que la empresa tenga un sistema de calidad documentado, demostrando que existe un sistema de calidad formal y organizada. Este sistema involucra todas las fases desde la identificación inicial hasta la satisfacción final con los requerimientos y expectativas del usuario. Un método aceptado de documentar la organización del sistema es por medio del MANUAL DE CALIDAD. Este manual debe contemplar todos los requerimientos de la norma.

➤ **Generar una buena cultura de calidad**

Los escenarios económicos se tornan cada vez más dinámicos, competitivos, conllevando a que las empresas tomen muy en consideración la calidad de sus productos, además de contar con una buena productividad que les permita satisfacer la demanda de los consumidores. El programa de postgrado de la especialización de Gerencia de la Calidad y productividad de la Universidad de Carabobo, se ha identificado con esta exigencia y proporciona a sus participantes los conocimientos requeridos para que de una vez por todas se encarne en las empresas, especialmente en las Pymes una buena cultura de Calidad acompañada de una buena productividad.

➤ **Servicio y calidad al cliente**

Cualquier empresa de cualquier parte de este planeta existe gracias a la relación que establece con su público: consumidores que pagan por bienes y servicios; empresas que se proveen a través de otras empresas en alianzas estratégicas, de outsourcing o de mercado. En todos los casos, la relación entre ambos se establece en términos de un intercambio a través del cual el público (cliente) está dispuesto a otorgar algo de su dinero, esfuerzo, atención o tiempo para recibir un producto o servicio que le dé beneficio, satisfacción o solución por parte de la empresa. Productos y Mercados deben estar unidos por algo que haga posible su intercambio. Un producto o servicio, más que el conjunto de sus características físicas, representa para los clientes una solución a sus problemas, una satisfacción de sus necesidades. En una expresión, representa beneficios que la empresa hace claros a través de su estrategia de posicionamiento. Diferenciarse de sus competidores le permitirá crear una posición única y exclusiva, una manera singular de competir, que se traduzca en un valor agregado y superior para sus clientes. A este valor superior para los clientes le llamamos ventaja competitiva, es decir, una superioridad definitiva y claramente distinguible de un producto o servicio, ofrecido bajo una identidad única y con valor significativo a un segmento del mercado, dejar de tratar a los clientes como números y darles su trato personalizado es la diferencia.

➤ **Sistema de gestión de la calidad**

Abordar el tema de la calidad desde cualquier ángulo implica siempre serios compromisos que ineludiblemente obligan a referirse a los

llamados cinco grandes de la calidad, ellos son William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby. Otros han surgido después y son de reconocimiento mundial, pero los aportes de estas cinco personas fueron los que más impacto ocasionaron. Veamos de manera resumida las ideas principales de cada uno de ellos sintetizadas con absoluta precisión y profesionalidad por Carballal del Río y Díaz (1998).” Deming. Desarrolló el Control Estadístico de la Calidad. En el censo de 1940, demostró que los controles estadísticos podrían ser utilizados tanto en operaciones de oficina como en las industriales.

➤ **Círculos de calidad**

Es un pequeño grupo de empleados que realizan un trabajo igual o similar en un área de trabajo común, y que trabajan para el mismo supervisor, que se reúnen voluntaria y periódicamente, y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionados con su trabajo, recomendar soluciones y presentarlas a la dirección, y, si ésta lo aprueba, llevar a cabo su implantación. 1. Definición Es un pequeño grupo de empleados que realizan un trabajo igual o similar en un área de trabajo común, y que trabajan para el mismo supervisor, que se reúnen voluntaria y periódicamente, y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionados con su trabajo, recomendar soluciones y presentarlas a la dirección, y, si ésta lo aprueba, llevar a cabo su implantación.

➤ **Herramientas y técnicas de la calidad**

Durante el siglo pasado, en la década de los 50 se comenzaron a aplicar en Japón las herramientas estadísticas de Control de Calidad, y con ese ejemplo, este pequeño país sigue siendo uno de los “grandes” de este planeta porque sus herramientas cada vez se “afilan” más para seguir compitiendo en el mercado. Las empresas líderes se preocuparon por su posicionamiento basado más en la mercadotecnia; era de algún modo más fácil, hacerle llegar su producto o servicio a sus clientes mediante los clásicos “bombardeos” constantes. Hoy están esas empresas líderes, con la creciente globalización, más preocupadas por saber cómo mantenerse con un público más exigente que no se deja engañar tan fácilmente, de ahí que cada vez son más necesarias las herramientas que satisfagan no solo a sus clientes, sino también a sus propios objetivos y expectativas internas.

➤ **Calidad - el síndrome del ajuste continuo**

Una forma de ver la generación de mayores niveles de rentabilidad es bajo la perspectiva de la reducción en los tiempos destinados a las actividades de ajustes.

➤ **Un acercamiento al vínculo entre calidad y satisfacción laboral**

Han pasado muchos años desde que las organizaciones comenzaron a percibir de forma consciente el cambio, es decir, su consideración como cambio planeado, dirigido, como un proceso importante y necesario para mejorar el desempeño organizacional. No obstante, el cambio dirigido sigue centrando la atención de directivos, consultores y otros

especialistas que están conscientes de la necesidad de planificar las acciones futuras como requisito indispensable para aspirar al éxito.

➤ **Mejoramiento continuo principio de gestión de la calidad**

Mejora continua La mejora continua en el desempeño global de la Organización debería ser un objetivo permanente de ésta. Esto implica: La mejora continua del sistema de gestión de la calidad es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los Clientes y de otras partes interesadas.

➤ **El costo de la calidad**

Toda empresa necesita descubrir cuál es verdadero costo que implica no hacer un trabajo de calidad. Los costos suben para la organización cada vez que se hace lo que no debe hacerse o cuando las cosas se hacen mal. Estos costos incluyen desperdicio, repetición del trabajo, pérdidas de negocios, horas extra innecesarias e insatisfacción con el trabajo.

➤ **La calidad puesta a prueba. Experiencias positivas y negativas en la vida del consumidor**

Sólo basta tomar papel y lápiz, y proceder a escribir las malas o muy malas experiencias sufridas en el consumo de diversos bienes y servicios.

➤ **TQM - gestión de la calidad total**

Tenemos que comenzar hablando de los enormes recursos que una empresa pierde, cuando en su gestión no se atiene a la excelencia en materia de calidad de procesos, servicios y productos.

➤ **El lenguaje y la calidad total**

Hablar de calidad total y de normas internacionales de calidad como el ISO 9001:2000 o el ISO/TS-16949 es sinónimo de una empresa organizada, con prioridades definidas, con sistemas documentados controlados, enfocada en el entrenamiento apropiado para su personal, basada en procesos, con una filosofía de mejoramiento continuo y con métricos para evaluar su desempeño en las áreas clave que garanticen su buen funcionamiento para asegurar su mercado y alcanzar el crecimiento planeado por sus directivos.

➤ **Calidad total**

La historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo. La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla # 229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado".

➤ **Gestión de calidad en los servicios**

El propósito principal de este artículo está dirigido a hacer énfasis en que el recurso humano que está en contacto directo con el cliente juega un papel trascendental durante la prestación del servicio, y en mayor grado comparado con el de contacto indirecto. No obstante el cliente percibe

finalmente es el resultado de la gestión global, es decir de la sumatoria de las dos intervenciones.

➤ **Normas de calidad**

La calidad de un producto puede definirse como la resultante de una combinación de características de ingeniería y fabricación, determinante del grado de satisfacción que el producto proporcione al consumidor, durante su uso. Normas de calidad BS e ISO 9000 y sus características

➤ **Aseguramiento de la calidad y sistemas de calidad**

El aseguramiento de la calidad, se puede definir como el esfuerzo total para plantear, organizar, dirigir y controlar la calidad en un sistema de producción con el objetivo de dar al cliente productos con la calidad adecuada. Es simplemente asegurar que la calidad sea lo que debe ser.

➤ **¿Qué es Calidad? ¿en qué consiste el aseguramiento de la calidad? ¿qué es el control de calidad?**

Existe calidad cuando las necesidades son cubiertas y las esperanzas realizadas; el cliente está satisfecho y está dispuesto a pagar y volver a contratar a la misma empresa en otras ocasiones. Llegar a la calidad correcta se trata en primer lugar saber cuáles son las necesidades del cliente y que espera y después realizarlo.

➤ **Administración de la calidad total y herramientas básicas**

El suministro de productos y servicios de alta calidad, se ha convertido en la clave de éxito para competir en los mercados internacionales. El nivel de calidad que esperan muchos de los consumidores sigue aumentando a medida que los competidores principales elevan sus normas de calidad. En respuesta a la demanda por productos y servicios

de mejor calidad, varias empresas norteamericanas están adoptando nuevas prácticas de administración. La frase "Gestión Total de la Calidad " suele describir estas prácticas. (Harrington, S/A).

➤ **Calidad y productividad en la administración de la salud**

Todo especialista en calidad y productividad, plenamente identificado con su rol, con sus aportaciones en el ejercicio de su profesión sabe de lo que representa la Administración de la salud, de lo qué ha sido su desempeño en el escenario venezolano, de sus grandes debilidades, de los requerimientos necesarios para hacer que esta gestión realmente se manifieste y favorezca a todos los que habitamos en el país. Al respecto de lo que significa para este especialista, se ha comentado gracias a foros, talleres, mesas redondas que analizan este tópico dentro del programa, que el profesional como especialista de la calidad y productividad tendrá en sus manos las herramientas para poder cumplir las siguientes funciones en materia de salud.

➤ **El especialista de calidad y productividad ante la administración de la salud**

Es un compromiso serio, ético y con mucha responsabilidad para el programa de gerencia de la calidad y productividad del Área de postgrado de Faces de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela, el proporcionar a sus participantes todos los conocimientos básicos, fundamentales de calidad y productividad que favorezcan el desarrollo, logro de una buena Administración de la salud en el país, garantizando servicio de calidad y conllevando a que el recurso humano involucrado en este servicio sea altamente productivo. En este escrito se

analiza el rol de este especialista en función de la Administración de la salud.

➤ **Consideraciones básicas con respecto a la calidad de servicio**

Es responsabilidad de un Programa de postgrado comprometido con la formación, capacitación, idónea de profesionales que garanticen un ejercicio profesional beneficioso para la organización donde trabaja, identificarse con los problemas que afectan significativamente el desempeño esperado por quienes demandan su servicio y que colaboren con el desarrollo del país. En este caso, el Programa de gerencia de la Calidad y Productividad del Área de Postgrado de Faces, de la Universidad de Carabobo, conoce sobre la gran debilidad que afronta las pymes con respecto a la gestión de calidad de servicio, todo ello por ausencia de cultura de servicio hoy muy demanda por los requerimientos que día a día exigen los consumidores. En este artículo proporcionamos algunas consideraciones básicas a ser tomadas en cuenta que la gerencia debe tomar en cuenta en pro de desarrolla una excelente cultura de servicio, una gestión que le garantice éxito, fidelidad de sus consumidores.

➤ **Algunas sugerencias en pro de la calidad de servicio**

La globalización ha incidido significativamente en el escenario nacional, permitiendo la incursión de empresas que ofrecen sus productos y en donde, unas de sus ventajas competitivas es la calidad del servicio, problema que afronta significativamente en sus consumidores la empresa nacional, especialmente las pymes. En este escrito, se proporcionan algunas sugerencias a fin de eliminar las debilidades que

muchas pymes nacionales tienen con respecto a la gestión de la calidad de servicio. Dichas sugerencias son producto de las investigaciones realizadas por la cátedra de tópicos gerenciales del Programa de Gerencia de la calidad y productividad del Área de postgrado de Faces, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Confiamos que en algo aportaran en pro de una vez por todas la gerencia se identifique con este rol que les favorecerá en el desarrollo de la empresa bajo su responsabilidad.

➤ **La relevancia de una buena gestión de calidad y servicio**

Ninguna empresa que quiere ser competitiva, conquistar nuevos mercados, permanecer en los ya ganados puede descuidar la gestión de una buena calidad de servicio, que involucra el estar plenamente identificados con sus clientes, prestarle la atención en satisfacerles sus necesidades, en hacerles ver lo importante que son para la empresa sus peticiones, su tranquilidad, su comodidad, sus quejas. Consideramos que la gerencia venezolana nuestro caso de estudio, específicamente las pymes deben mejorar esta gestión que deja mucho que decir, si realmente se quiere asegurar permanencia en los mercados y desempeñar un rol altamente competitivo. En este artículo nos adentramos en resaltar lo significativo que es para toda empresa el manejar eficientemente la calidad de servicio.

CAPITULO III

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Variables de Estudio

3.1.1.1 Variable Independiente:

- Nivel de Satisfacción del personal de servicio neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL .
- Tiempo promedio para obtener una cita
- Infraestructura
- Nivel de capacitación :
 - ✓ Personal Medico
 - ✓ Personal Administrativo

3.1.1.2 Variable Dependiente:

- Calidad de servicio en neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL .

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio es una investigación de tipo No Experimental. En los estudios no experimentales las variables independientes no pueden ser manipuladas y pueden haber ocurrido ya el investigador no tiene control directo sobre dichas variables. Estas son exactamente las condiciones en que se plantea y desarrolla nuestra investigación.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Para la selección del diseño de investigación se ha utilizado como base el libro de Hernández, Fernández y Baptista (1999) titulado "Metodología de

la Investigación". Según estos autores el diseño adecuado para esta investigación es de tipo DESCRIPTIVO – TRANSVERSAL - CORRELACIONAL.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.4.1 Población:

Estará constituida por los pacientes que concurren al Servicio de Neonatología del Hospital de San Juan de Lurigancho SISOL.

3.4.2 Muestra:

El diseño de la muestra es PROBABILISTICO de tipo intencionado en tanto es el investigador quien ha seleccionado de manera voluntaria .

La muestra se obtendrá:

SELECCIÓN DE USUARIOS:

$$n = \frac{Z^2 (\alpha/2) PQN}{\epsilon^2 (N - 1) + Z^2 PQ}$$

n = Tamaño de la muestra necesaria

Z = Margen de confiabilidad

p = Probabilidad de que el elemento ocurra

q = Probabilidad de que el elemento no ocurra

E = Error de estimación

N = Tamaño de la población

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se efectuara utilizando las técnicas y los instrumentos necesarios para tal fin, los mismos que estarán divididos de la siguiente manera:

3.5.1 La Encuesta

Consiste en el conjunto de procedimientos utilizados para verificar en el terreno o sea en la realidad social los objetivos e hipótesis formuladas en un plan de investigación.

3.5.2 Análisis Documental

Resulta casi inevitable recurrir al análisis documental en la investigación especialmente en los aspectos de revisión de la información teórica, de la que se tiene que obtener los marcos histórico y teórico, además de los antecedentes.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos se realizaran con el programa computacional SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Las Estadísticas que probablemente se emplearan teniendo en cuenta las características de la muestra y el nivel de las variables serán los siguientes:

El coeficiente de correlación producto – momento de Pearson, para indicar la posible relación que pueden darse entre las variables.

3.7 TIPO DE INNOVACION

Como el proyecto de innovación está dirigido a entender una situación educativa determinada con la finalidad de mejorarla , el Tipo será de EVALUACION DE LA CALIDAD , ya que en Educación Universitaria se evaluara la parte Académica – Administrativa , en la parte administrativa encontramos los Servicios de Salud (Médicos , Farmacia, Odontología , Psicología , Análisis Clínicos , etc .) , he escogido evaluar el Servicio de Psicología para conocer el nivel de Calidad y dar recomendaciones para incrementar su Eficiencia y Eficacia .

3.8 VIABILIDAD

La investigación propuesta es viable de realizar ya que la autor ha realizado sus prácticas pre profesionales en esta área para mejorar los estudios de trabajo, minimizar los costos e incrementar la productividad.

3.9 CONFIABILIDAD:

Se refiere a la capacidad para dar resultados iguales al ser aplicados en condiciones iguales a un mismo grupo de personas.

Con el fin de utilizar instrumentos de evaluación confiables y válidos , estos se probaron en forma de prueba piloto, en la aplicación se pudo apreciar la claridad con que estuvieron formuladas las preguntas , ya que permitieron obtener la información requerida .

3.10 VALIDEZ :

Se refiere al grado en que una prueba mide aquello que se propone medir para este instrumento.

3.10.1 Validez de contenido:

Se realiza por el método de jueces , se dio el cuestionario a 10 profesionales con experiencia en evaluación de la calidad, a fin de determinar si el contenido de los ítems media lo que se buscaba , cada uno procedió a calificar de modo independiente , logrando un coeficiente alfa mayor de 0.80

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS Tabla de frecuencia

Tabla N° 4.1
edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	17	4	1,7	1,7	1,7
	18	23	9,8	9,8	11,5
	19	18	7,7	7,7	19,2
	20	19	8,1	8,1	27,4
	21	8	3,4	3,4	30,8
	22	9	3,8	3,8	34,6
	23	14	6,0	6,0	40,6
	24	18	7,7	7,7	48,3
	25	14	6,0	6,0	54,3
	26	14	6,0	6,0	60,3
	27	19	8,1	8,1	68,4
	31	6	2,6	2,6	70,9
	33	15	6,4	6,4	77,4
	46	9	3,8	3,8	81,2
	49	15	6,4	6,4	87,6
	50	9	3,8	3,8	91,5
	55	10	4,3	4,3	95,7
	57	10	4,3	4,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4. 1

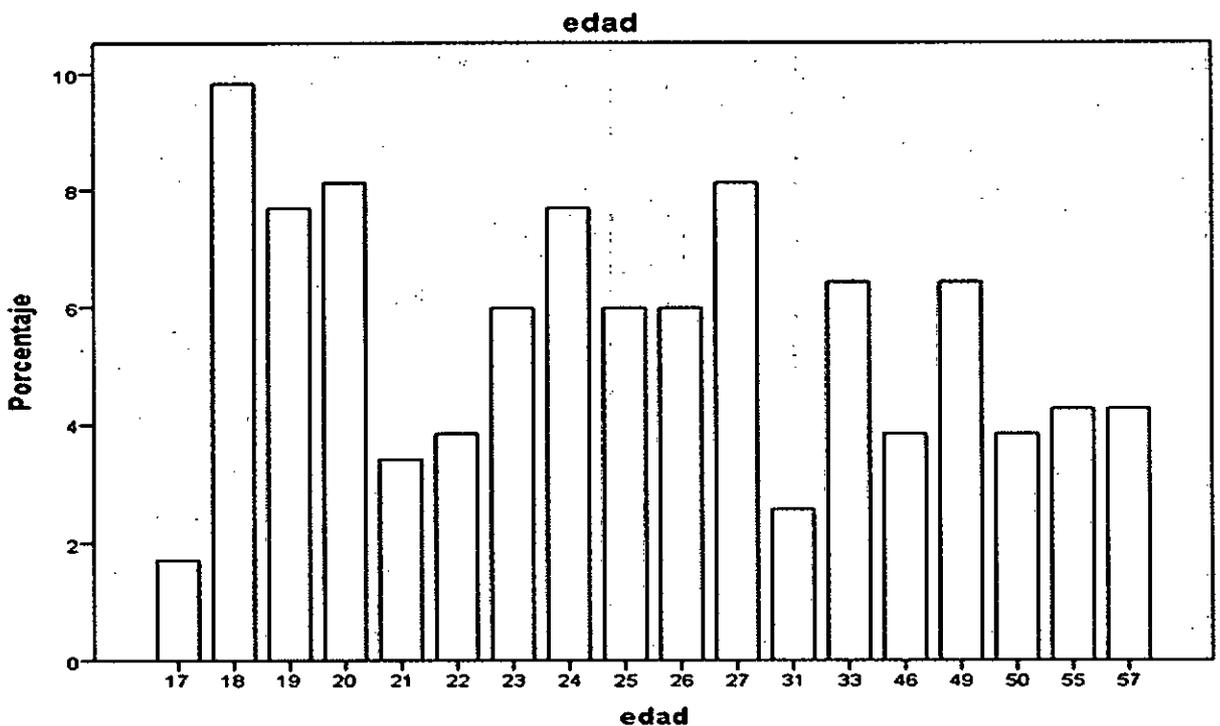


Tabla N° 4.2

		sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	90	38,5	38,5	38,5
	Femenino	144	61,5	61,5	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 4. 2

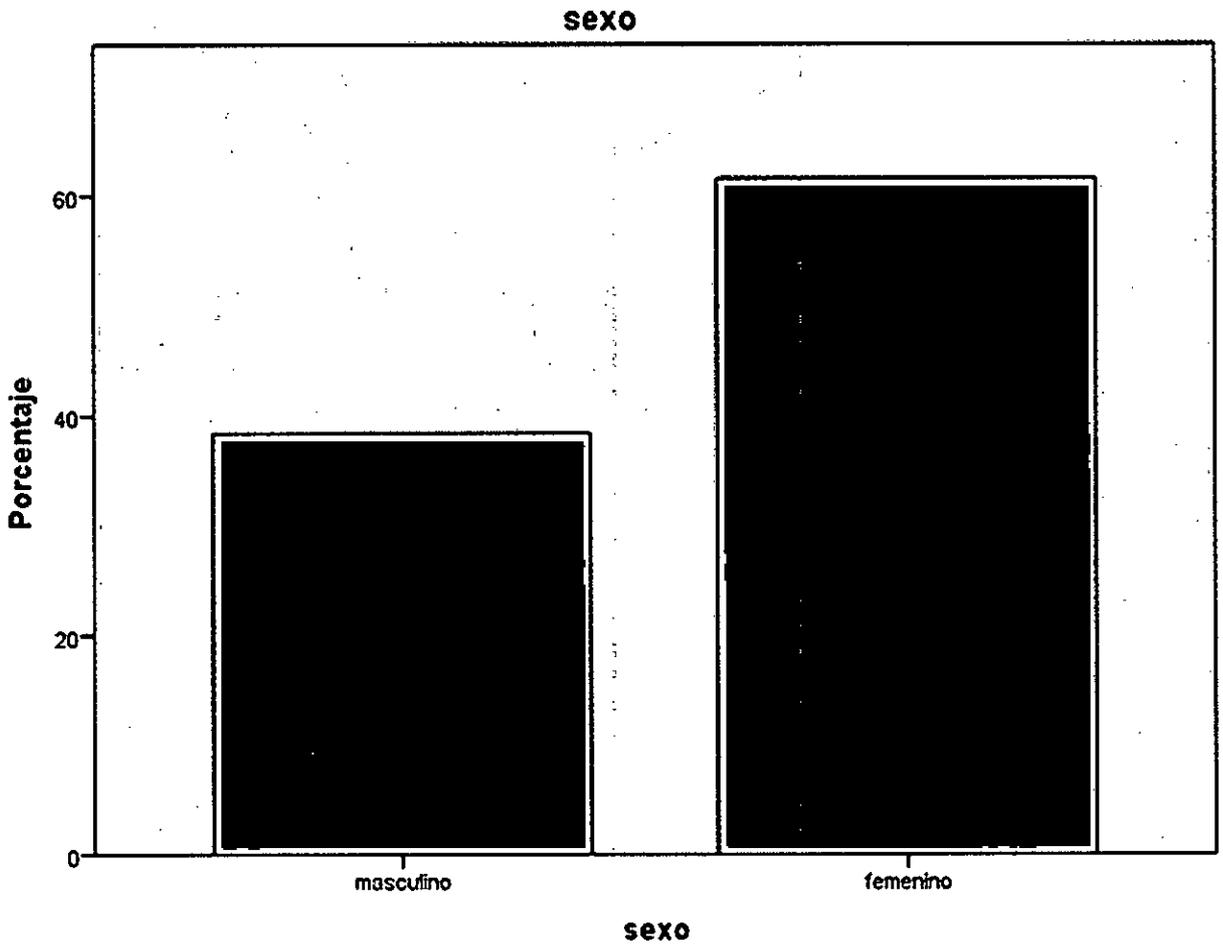


Tabla N° 4.3

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	74	31,6	31,6	31,6
	Casado	39	16,7	16,7	48,3
	Conviviente	101	43,2	43,2	91,5
	Viudo	20	8,5	8,5	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 4. 3

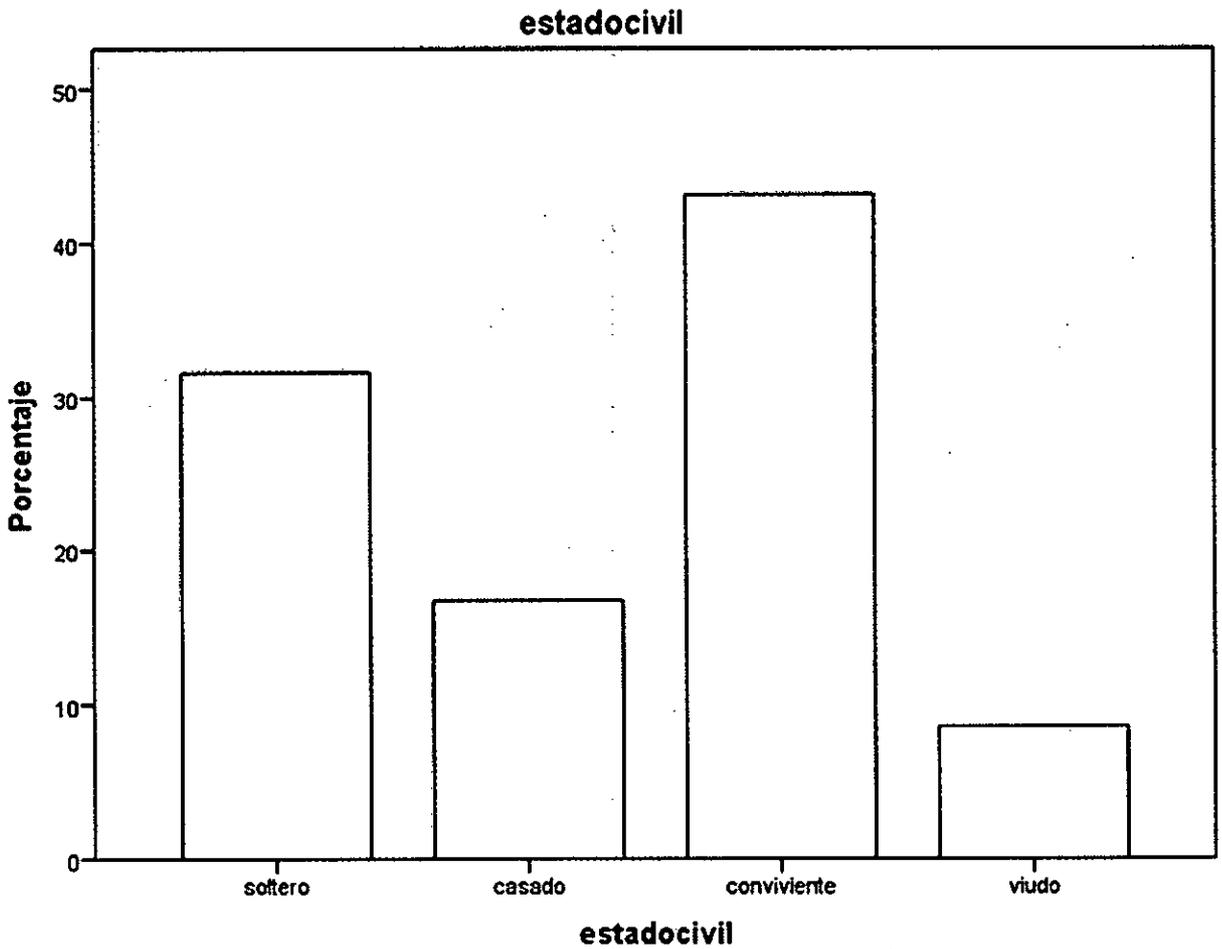


Tabla N° 4.4

		Grado de Instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	35	15,0	15,0	15,0
	Secundaria	156	66,7	66,7	81,6
	Superior	43	18,4	18,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4. 4

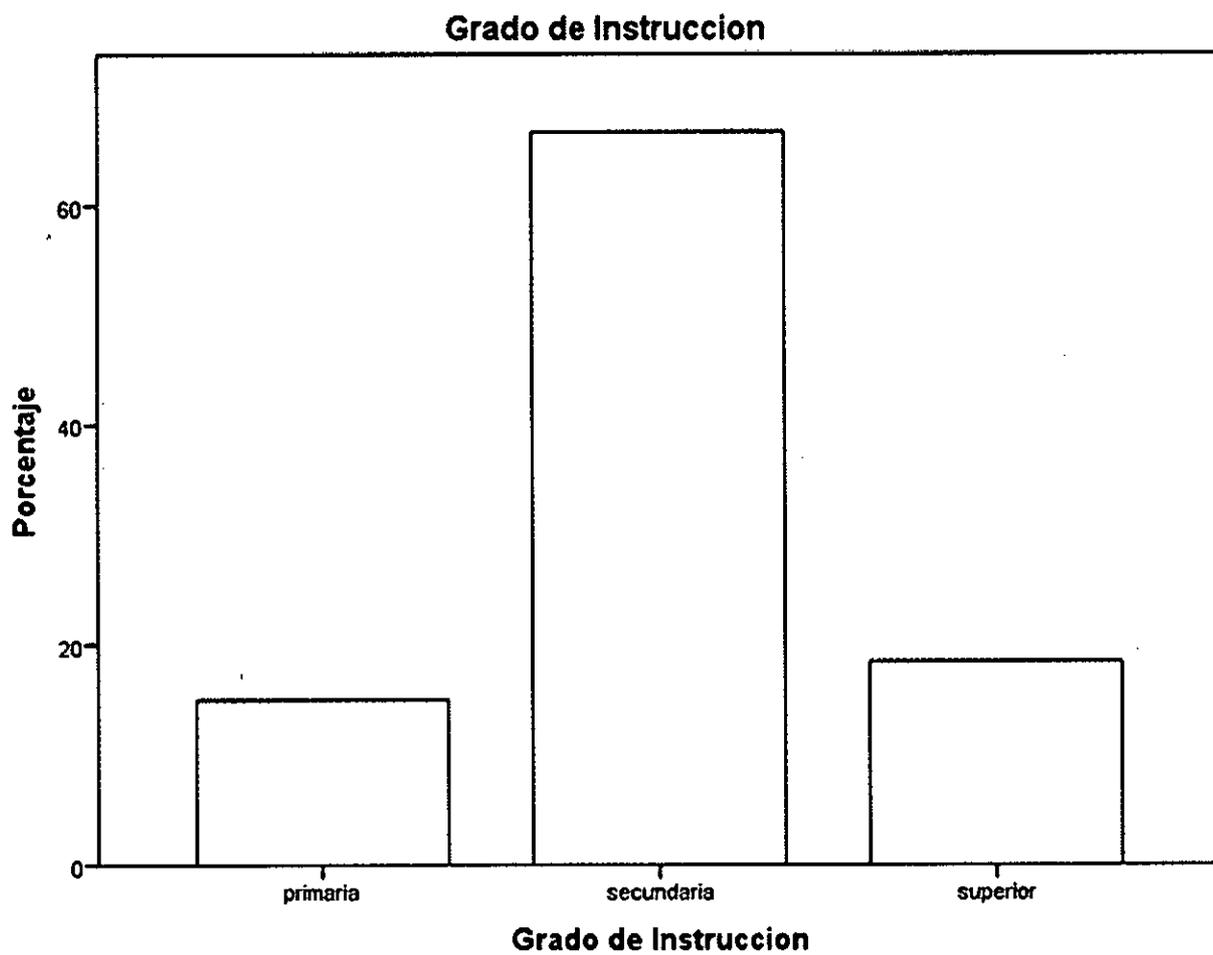


Tabla N° 4.5

Qué tipo de transporte utiliza para llegar al hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Publico	209	89,3	89,3	89,3
	Propio	25	10,7	10,7	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4. 5

Que tipo de transporte utiliza para llegar al hospital

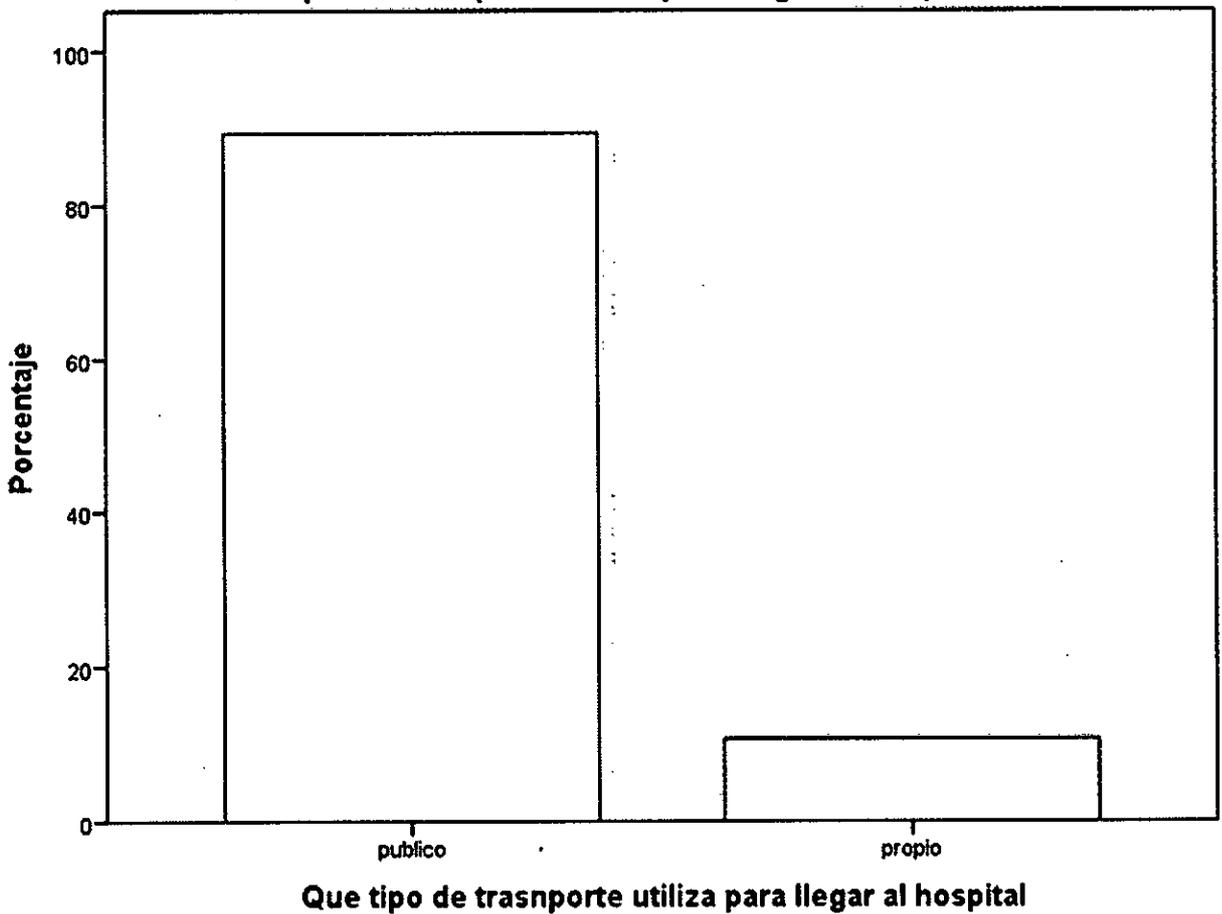


Tabla N° 4.6

Acudió anteriormente al hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	182	77,8	77,8	77,8
	No	52	22,2	22,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4. 6

Acudio anteriormente al hospital

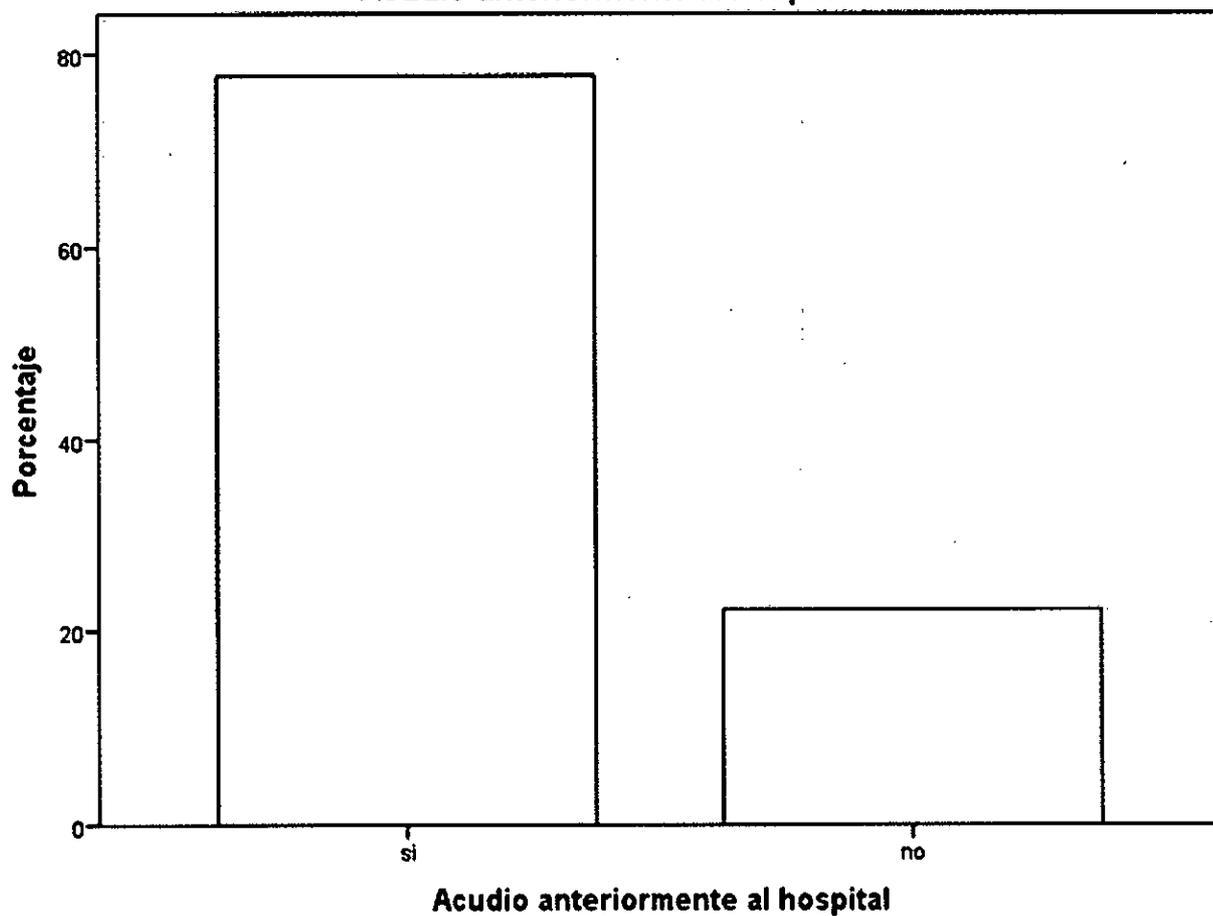


Tabla N° 4.7

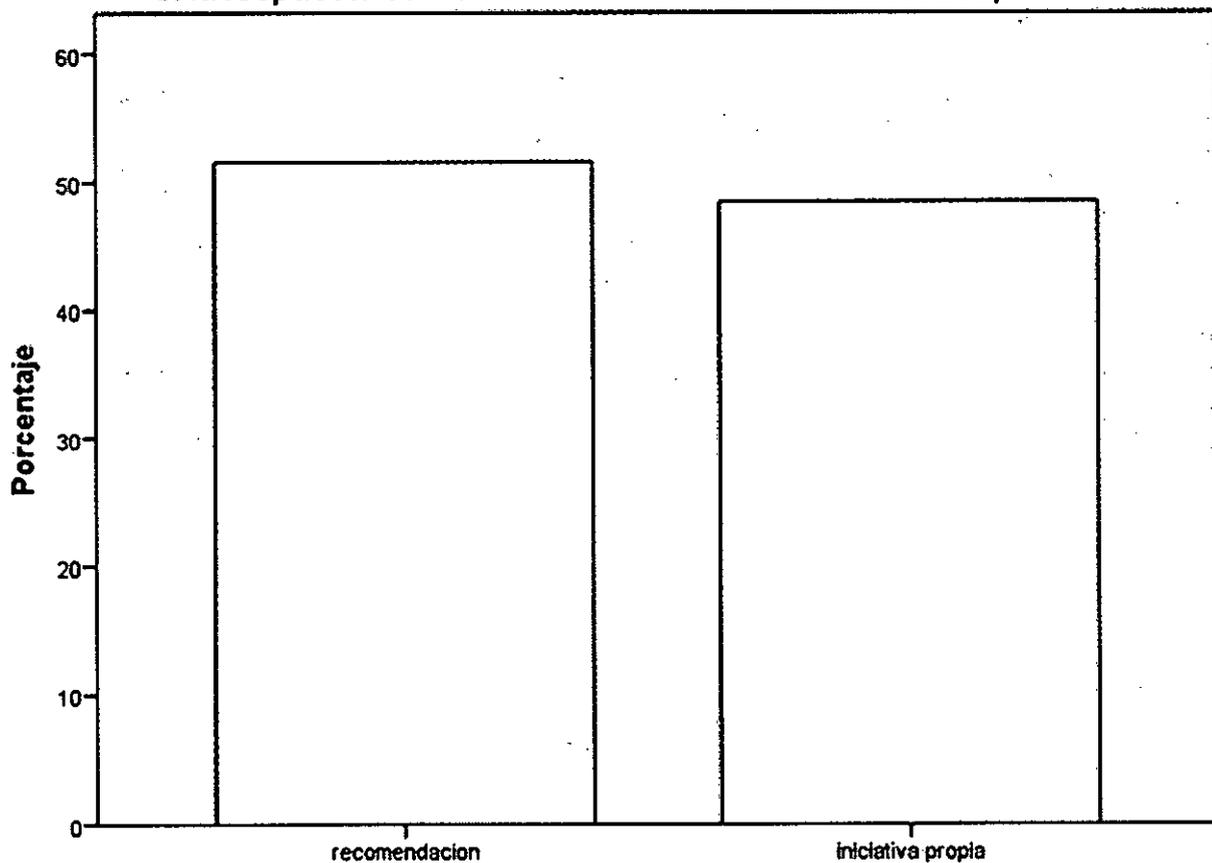
Si la respuesta es No cómo decidió atenderse en el hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Recomendación	33	14,1	51,6	51,6
	Iniciativa propia	31	13,2	48,4	100,0
	Total	64	27,4	100,0	
Perdidos	Sistema	170	72,6		
	Total	234	100,0		

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4. 7

Si la respuesta es No como decidio atenderse en el hospital



Si la respuesta es No como decidio atenderse en el hospital

Tabla N° 4.8

Cuanto tiempo espero a ser atendido desde la hora que llegó al consultorio ; en minutos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20	32	13,7	13,7	13,7
	30	100	42,7	42,7	56,4
	35	23	9,8	9,8	66,2
	45	42	17,9	17,9	84,2
	60	37	15,8	15,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4. 8

Cuanto tiempo espero a ser atendido desde la hora que llego al consultorio ; en minutos

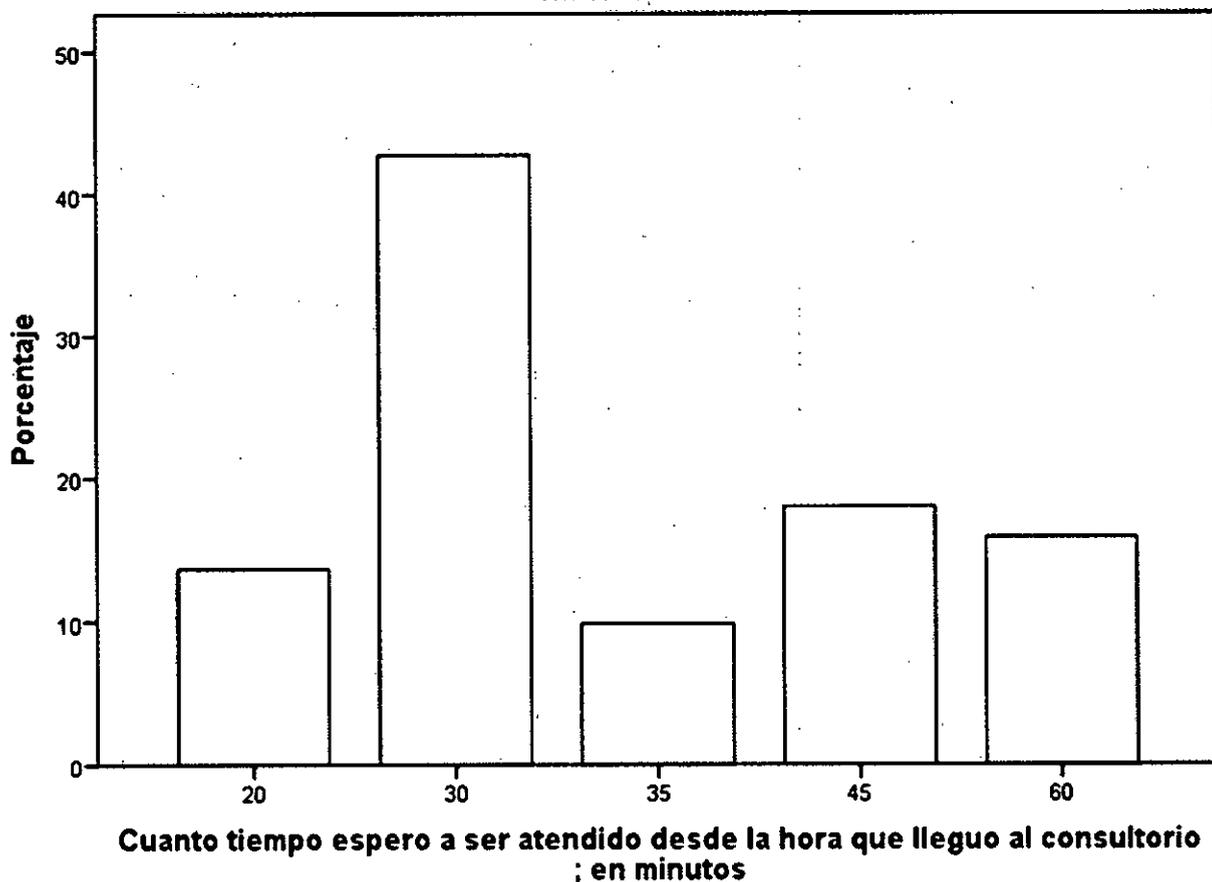


Tabla N° 4.9

Como lo trato el personal administrativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	18	7,7	7,7	7,7
	Malo	14	6,0	6,0	13,7
	Regular	144	61,5	61,5	75,2
	Bueno	58	24,8	24,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 4.9

Como lo trato el personal administrativo

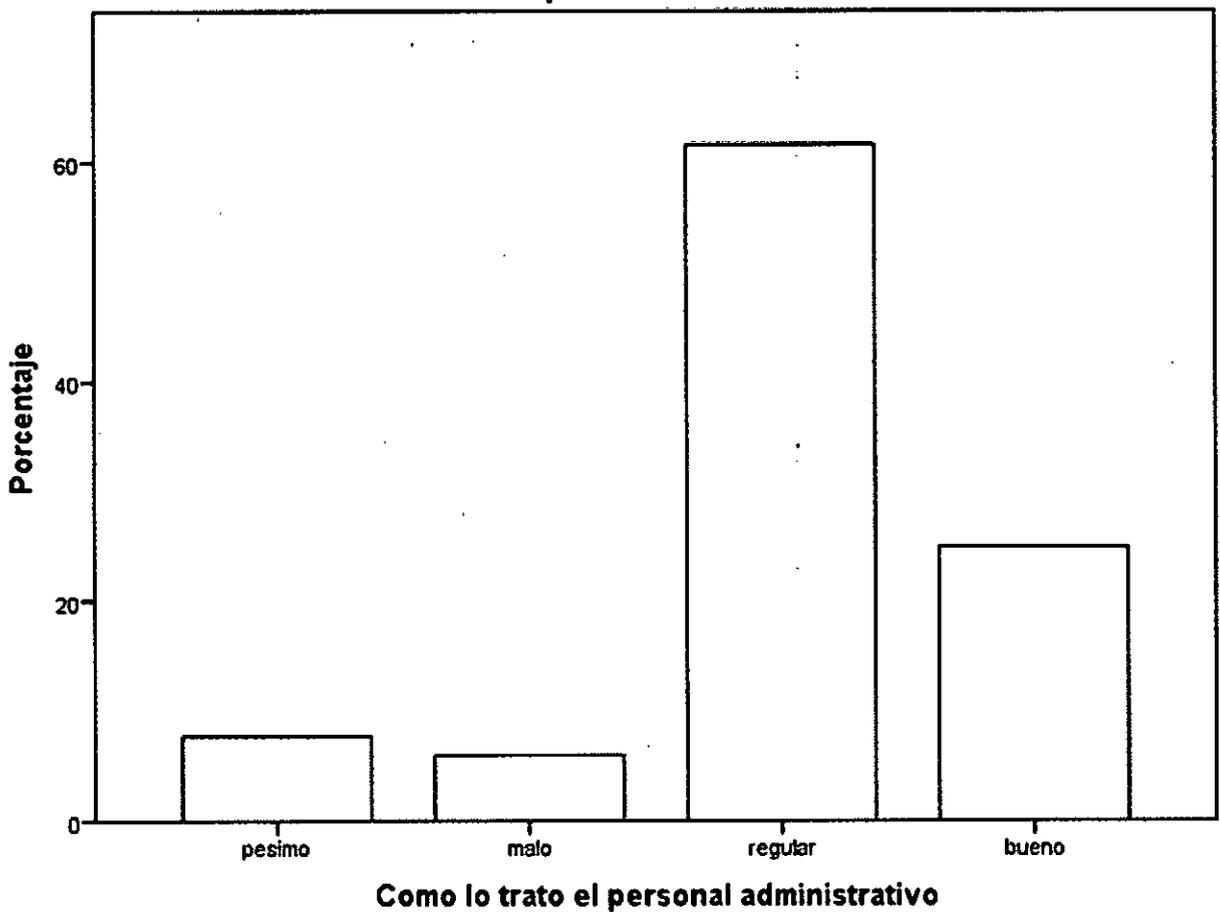


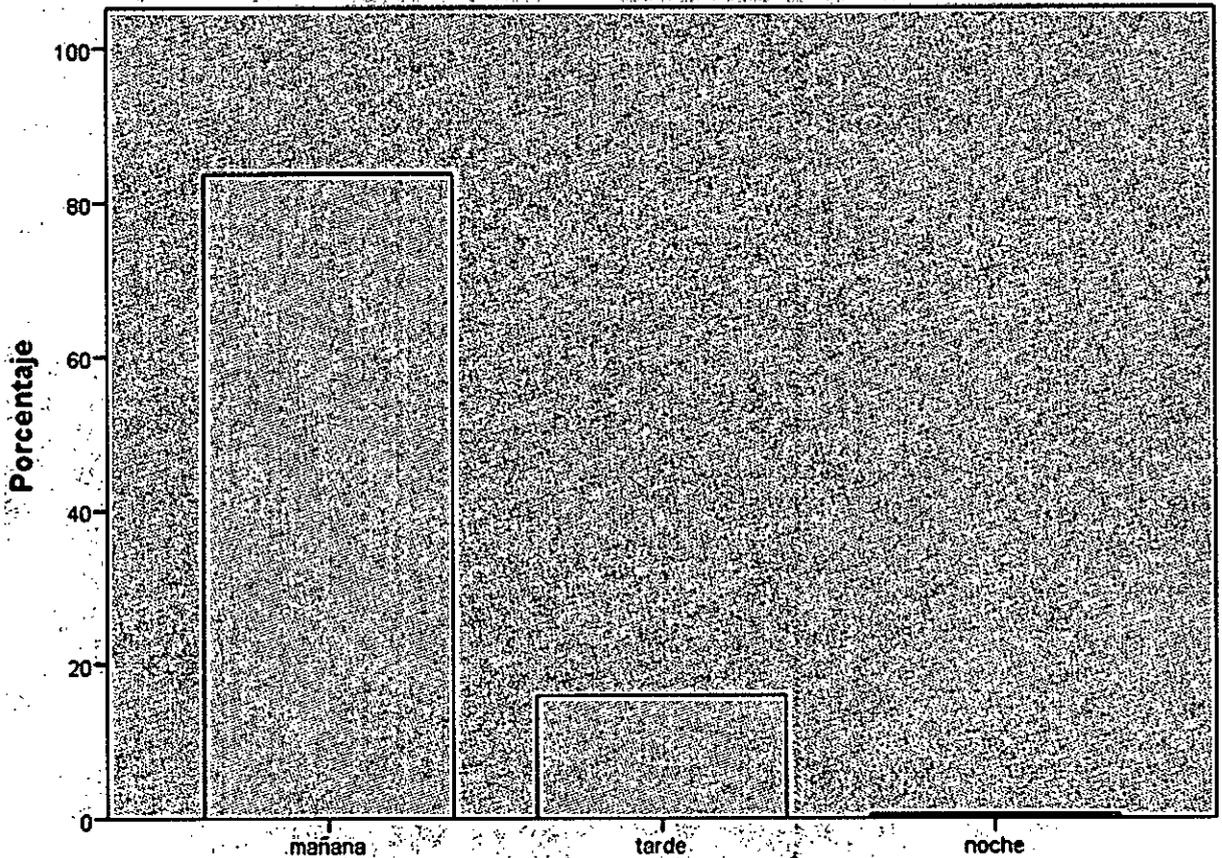
Tabla N° 4.10

Para usted. Cuál sería el mejor horario para la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mañana	196	83,8	83,8	83,8
	Tarde	37	15,8	15,8	99,6
	Noche	1	,4	,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 10

Para usted. Cual sería el mejor horario para la consulta



Para usted. Cual sería el mejor horario para la consulta

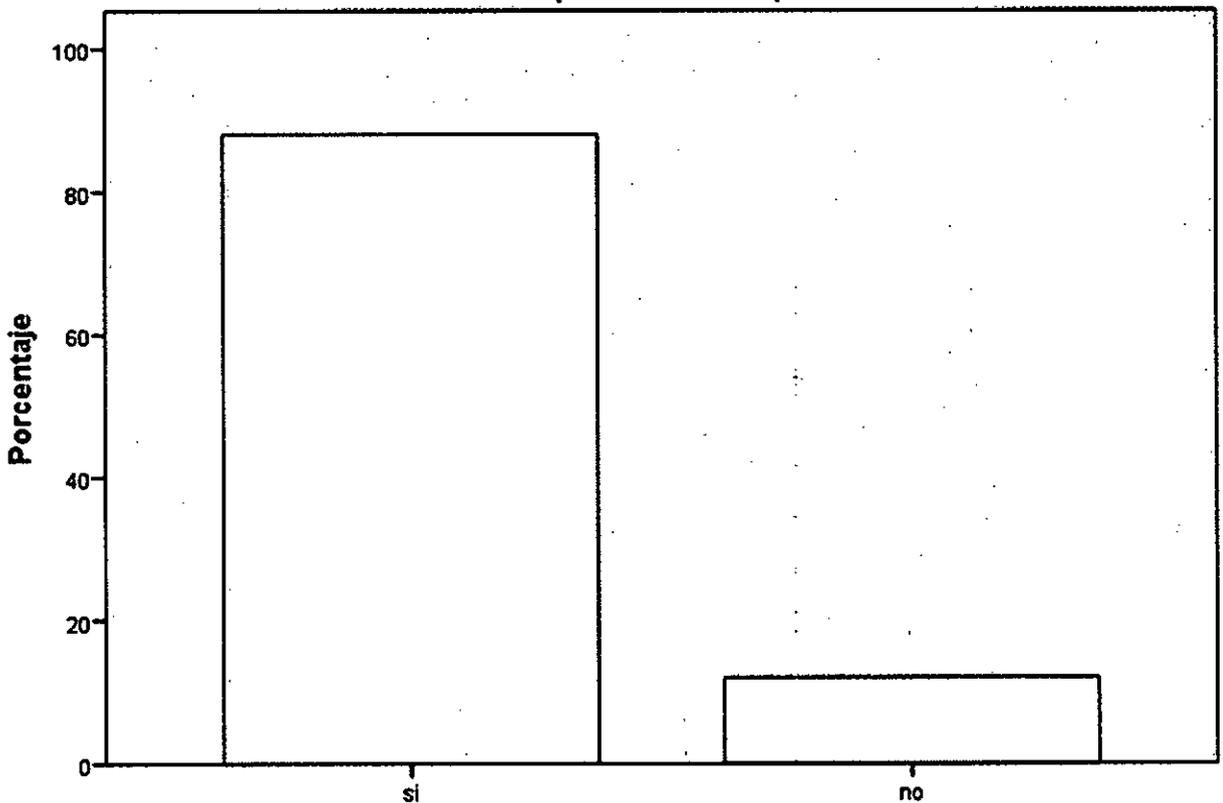
Tabla N° 4.11

Considera usted que el profesional que le brinda la atención comprende claramente lo que usted le explica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	206	88,0	88,0	88,0
	No	28	12,0	12,0	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 11

Considera usted que el profesional que le brinda la atención comprende claramente lo que usted le explica



Considera usted que el profesional que le brinda la atención comprende claramente lo que usted le explica

Tabla N° 4.12

		Usted comprende las explicaciones que le da el profesional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	212	90,6	90,6	90,6
	No	22	9,4	9,4	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 12

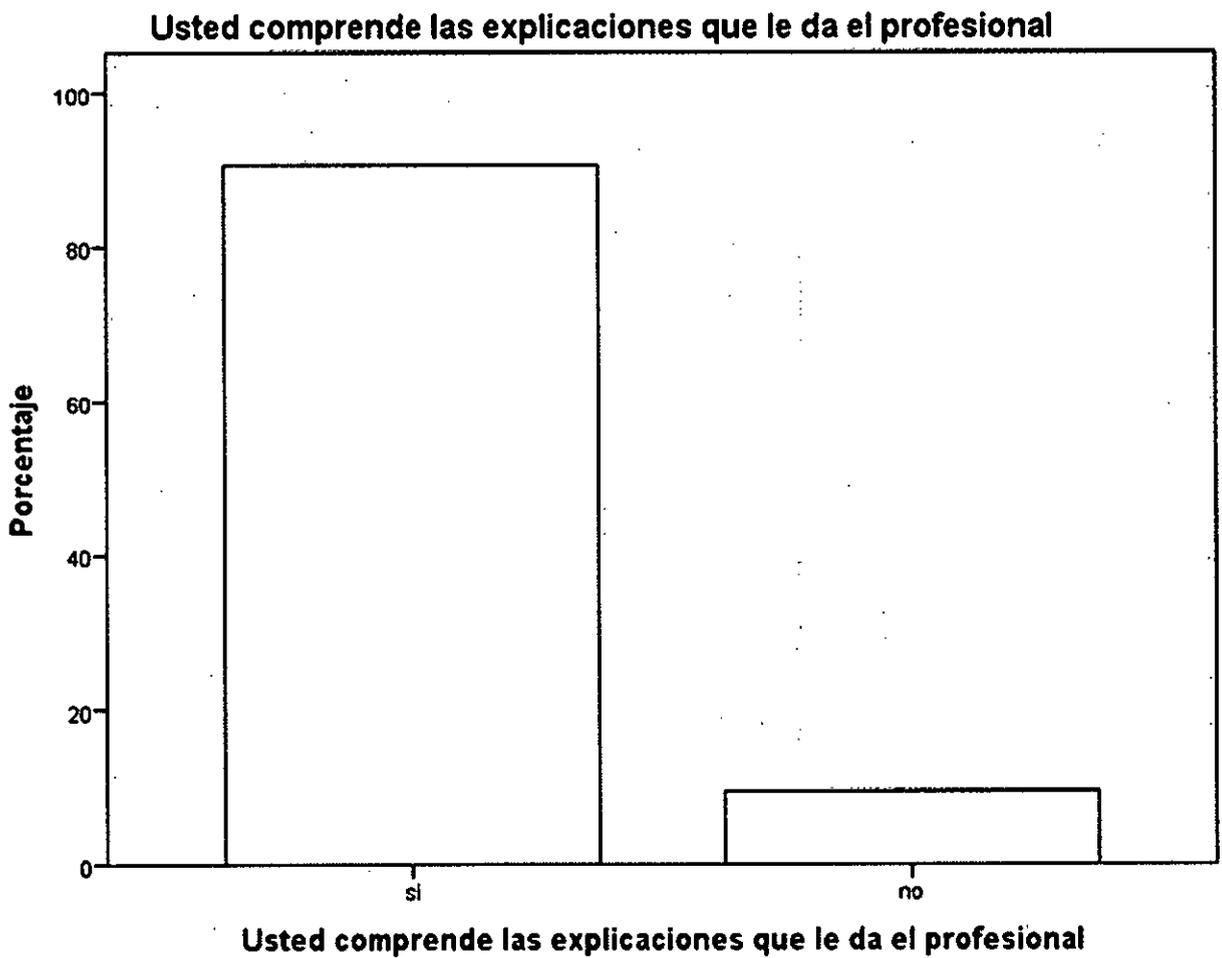


Tabla N° 4.13

		Conoce usted su diagnostico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	215	91,9	91,9	91,9
	No	19	8,1	8,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 13

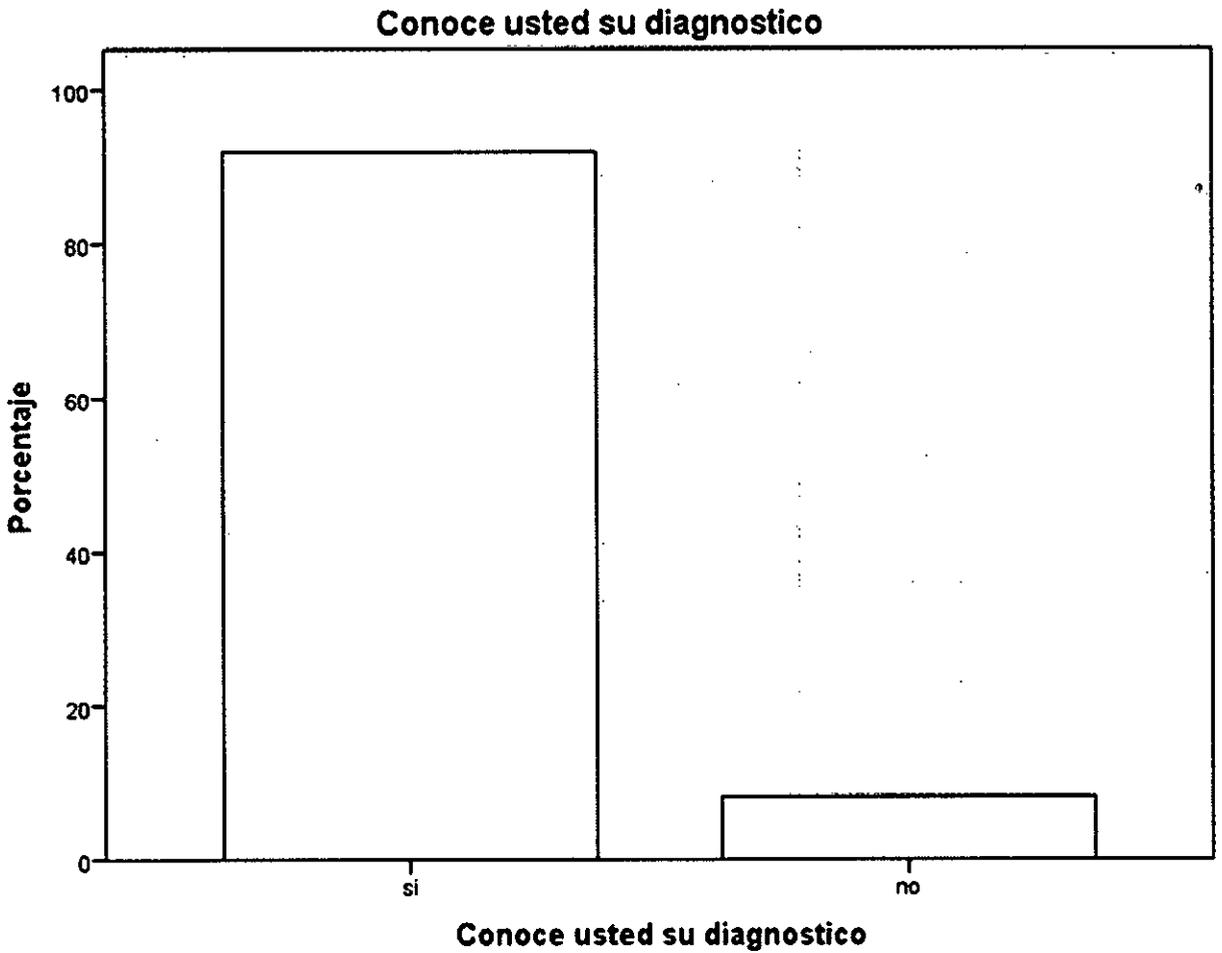


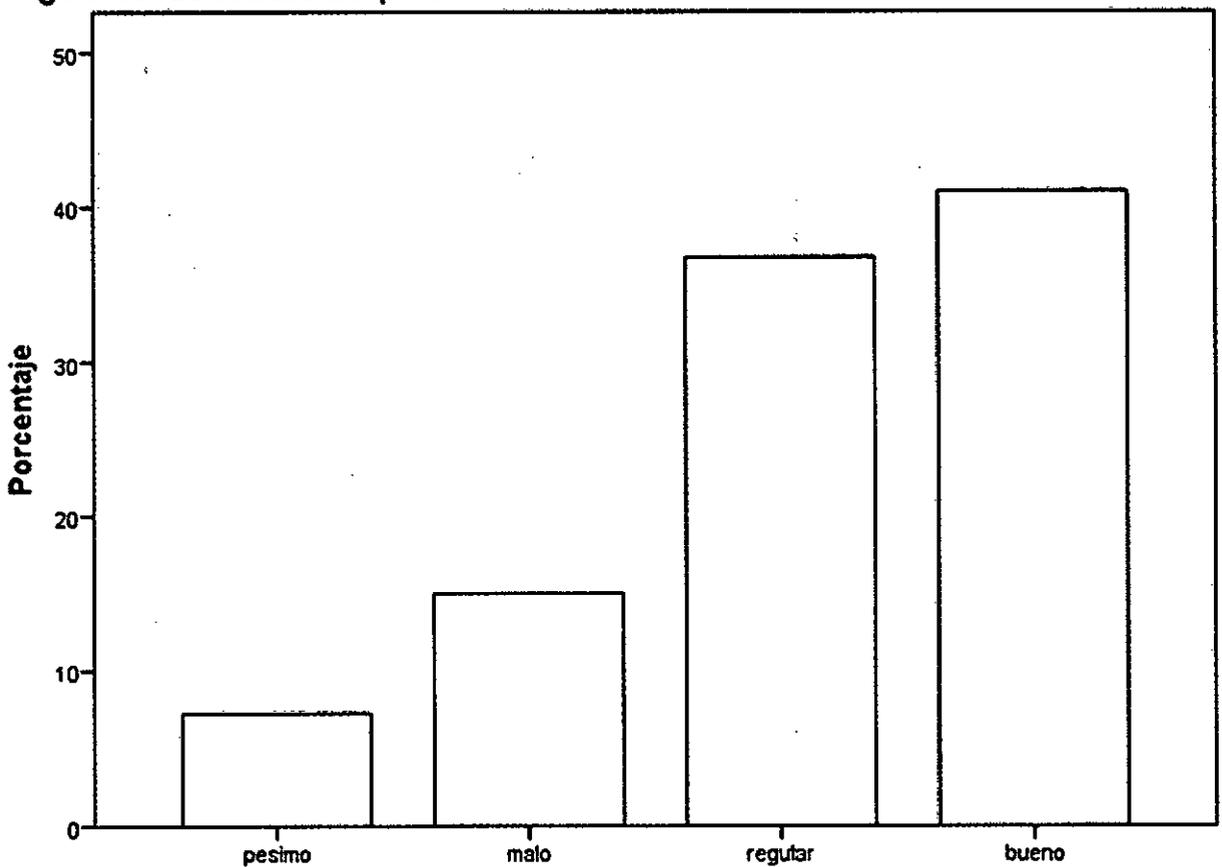
Tabla N° 4.14

¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	17	7,3	7,3	7,3
	Malo	35	15,0	15,0	22,2
	Regular	86	36,8	36,8	59,0
	Bueno	96	41,0	41,0	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 14

¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?



¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?

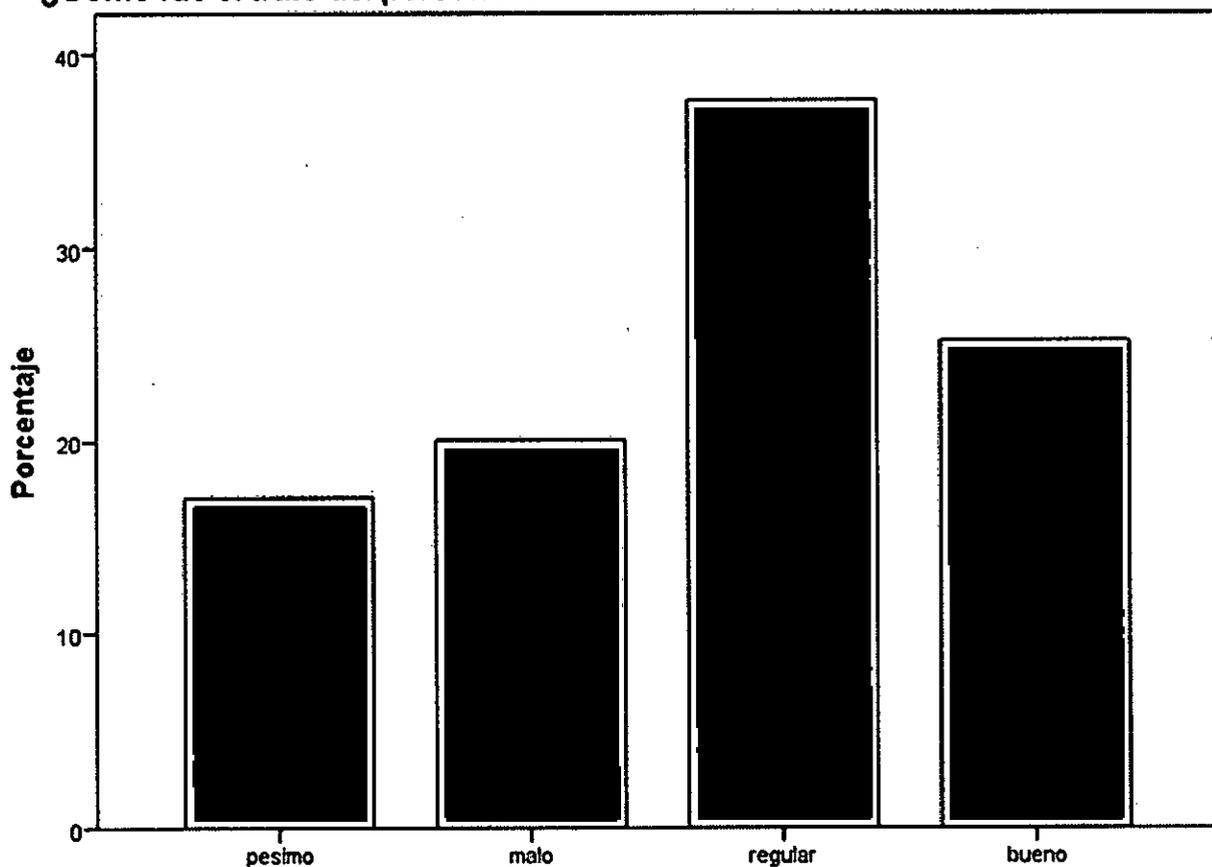
Tabla N° 4.15

¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	40	17,1	17,1	17,1
	Malo	47	20,1	20,1	37,2
	Regular	88	37,6	37,6	74,8
	Bueno	59	25,2	25,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 15

¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?



¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?

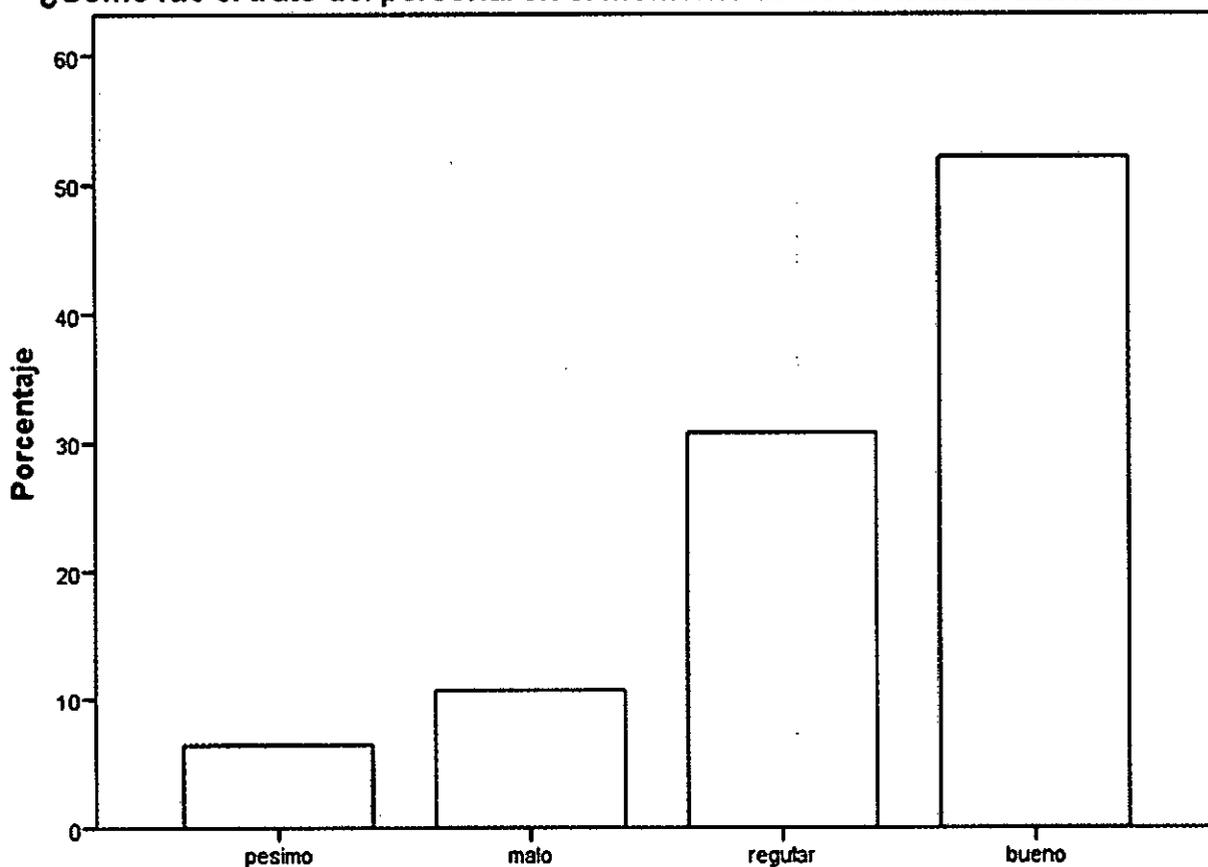
Tabla N° 4.16

¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	15	6,4	6,4	6,4
	Malo	25	10,7	10,7	17,1
	Regular	72	30,8	30,8	47,9
	Bueno	122	52,1	52,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 16

¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?



¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?

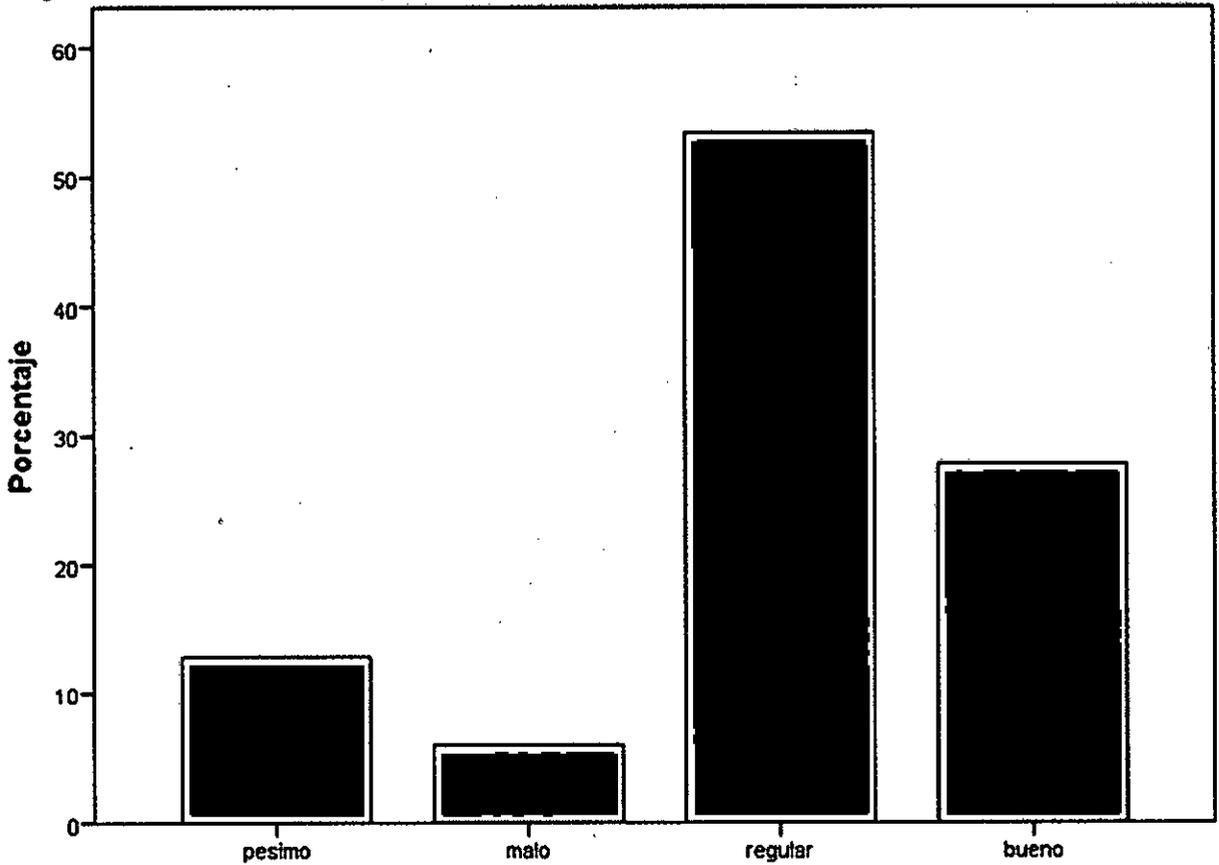
Tabla N° 4.17

¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	30	12,8	12,8	12,8
	Malo	14	6,0	6,0	18,8
	Regular	125	53,4	53,4	72,2
	Bueno	65	27,8	27,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 17

¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?



¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?

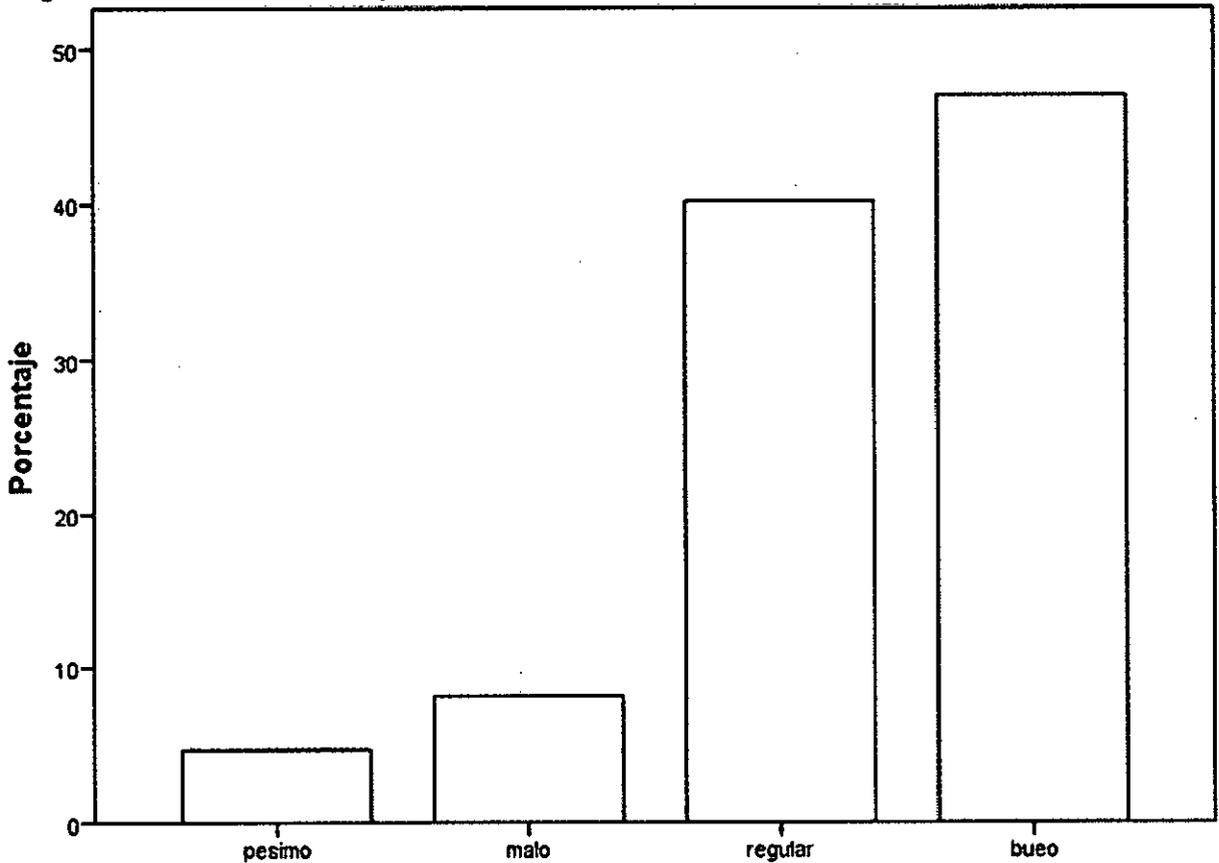
Tabla N° 4.18

¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	11	4,7	4,7	4,7
	Malo	19	8,1	8,1	12,8
	Regular	94	40,2	40,2	53,0
	Bueno	110	47,0	47,0	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 18

¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?



¿Como fue el trato del personal en el momento de su consulta o atencion?

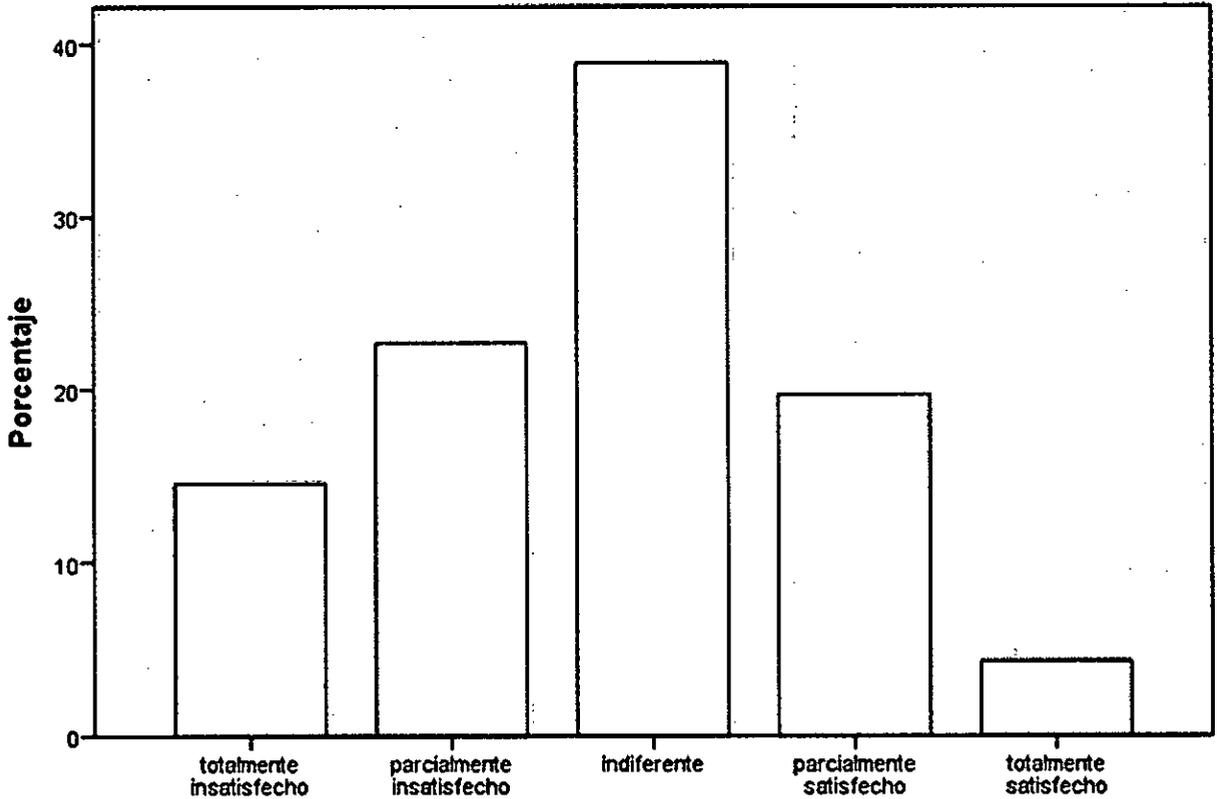
Tabla N° 4.19

En qué medida se siente usted satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente insatisfecho	34	14,5	14,5	14,5
	Parcialmente insatisfecho	53	22,6	22,6	37,2
	Indiferente	91	38,9	38,9	76,1
	Parcialmente satisfecho	46	19,7	19,7	95,7
	Totalmente satisfecho	10	4,3	4,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 19

En que medida se siente usted satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud



En que medida se siente usted satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud

Tabla N° 4.20

Recibió orientación oportuna y adecuada en el hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	122	52,1	52,1	52,1
	No	112	47,9	47,9	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 20

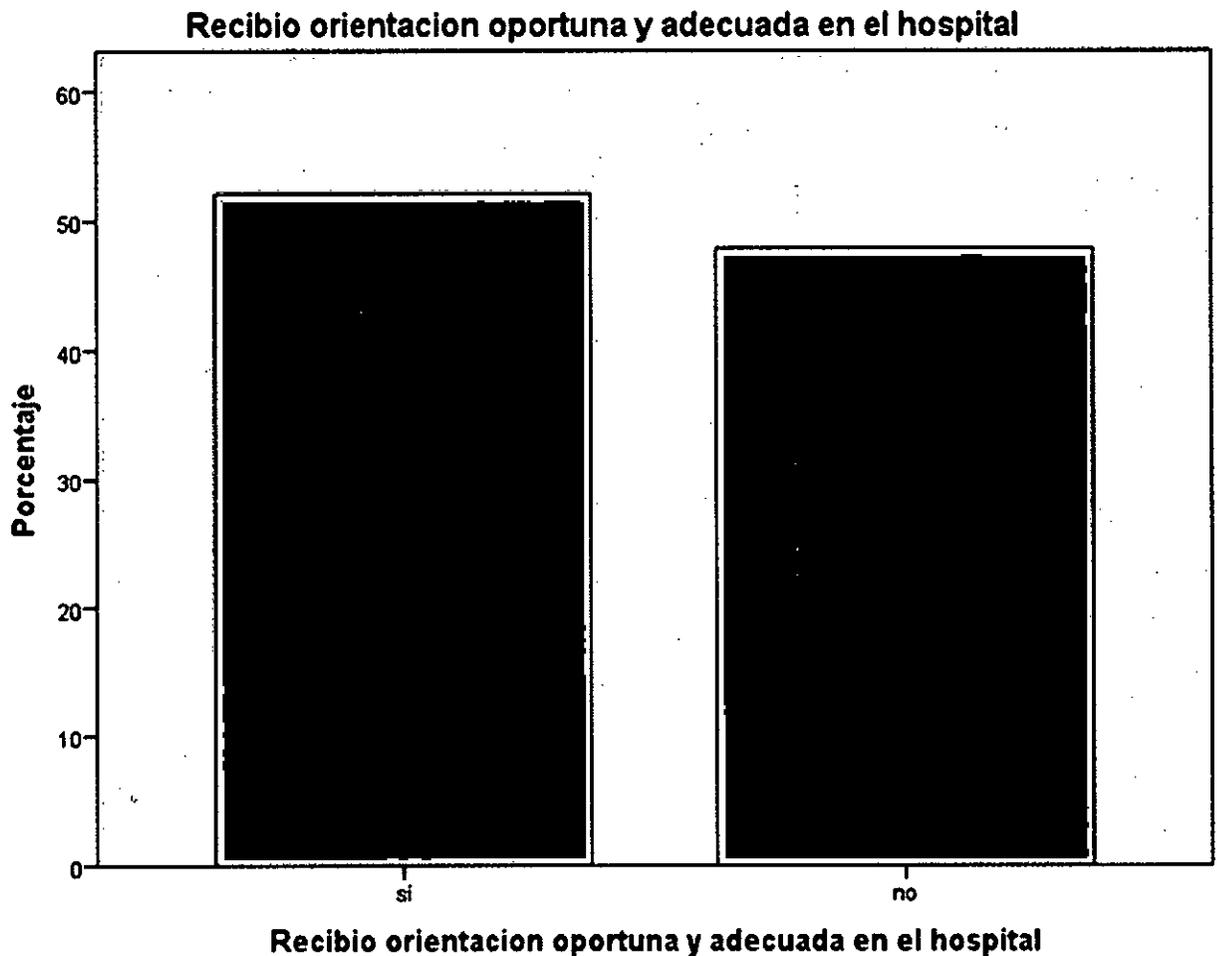


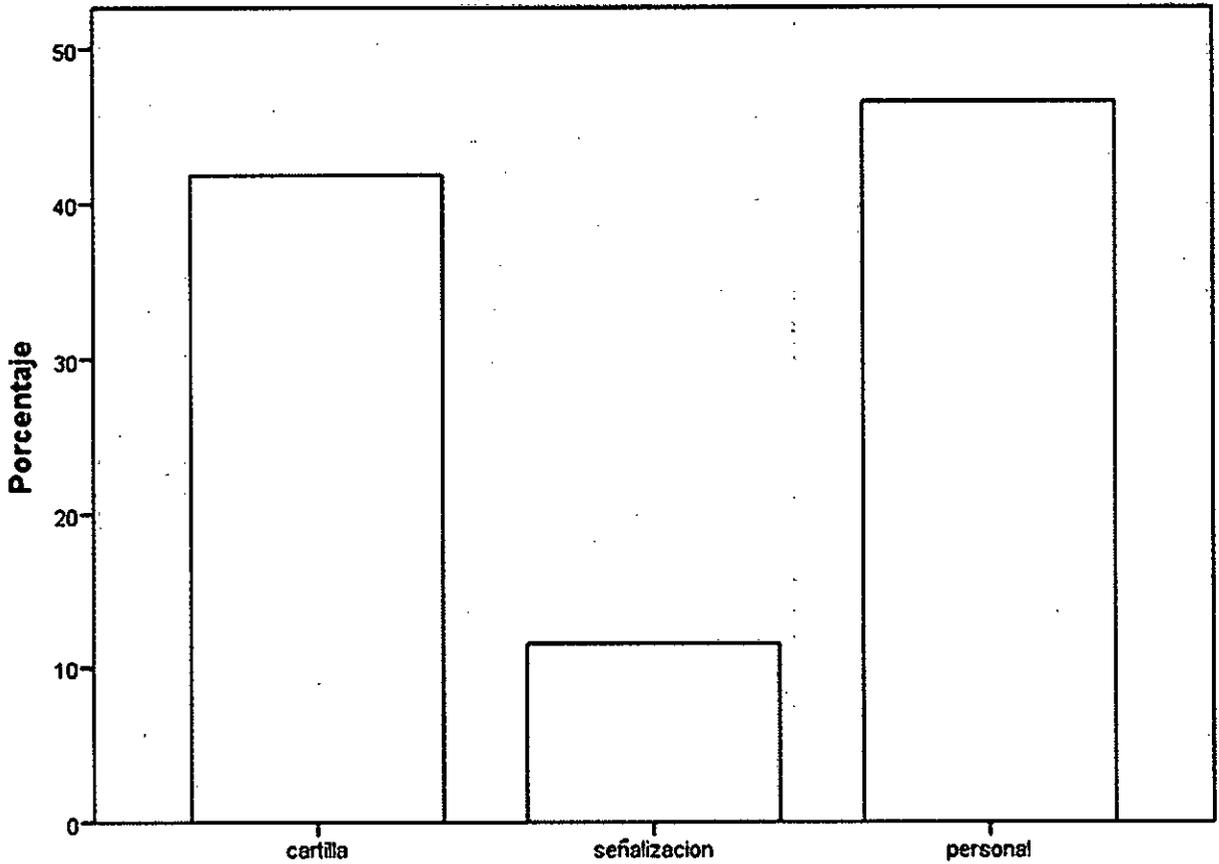
Tabla N° 4.21

Si la respuesta es No entonces:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cartilla	98	41,9	41,9	41,9
	Señalización	27	11,5	11,5	53,4
	Personal	109	46,6	46,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 21

Si la respuesta es No entonces:



Si la respuesta es No entonces:

Tabla N° 4.22

Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	15	6,4	6,4	6,4
	Malo	28	12,0	12,0	18,4
	Regular	144	61,5	61,5	79,9
	Bueno	47	20,1	20,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 22

Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido

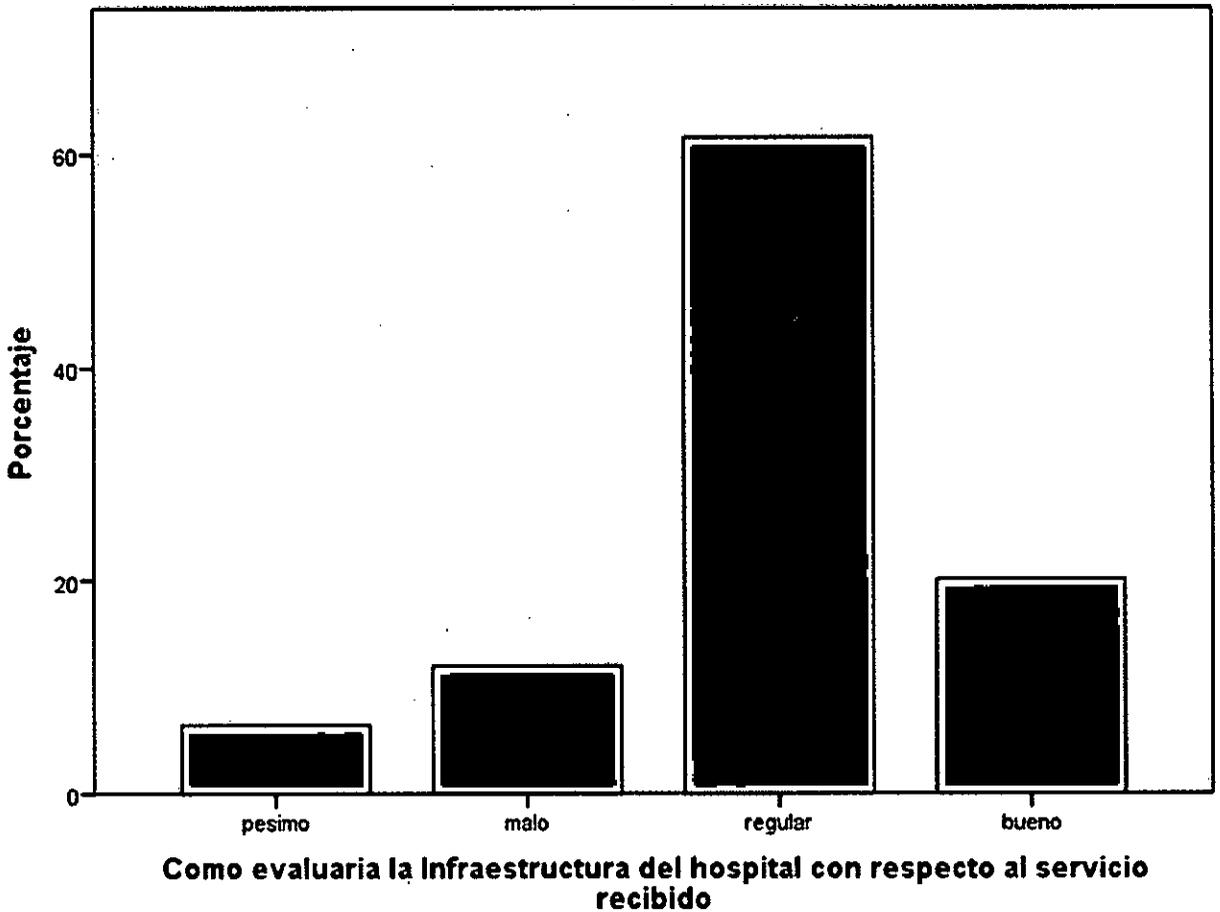


Tabla N° 4.23

Cómo evalúa la calidad del servicio de salud en el hospital

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	20	8,5	8,5	8,5
	Malo	40	17,1	17,1	25,6
	Regular	94	40,2	40,2	65,8
	Bueno	80	34,2	34,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 23

Como evalua la calidad del servicio de salud en el hospital

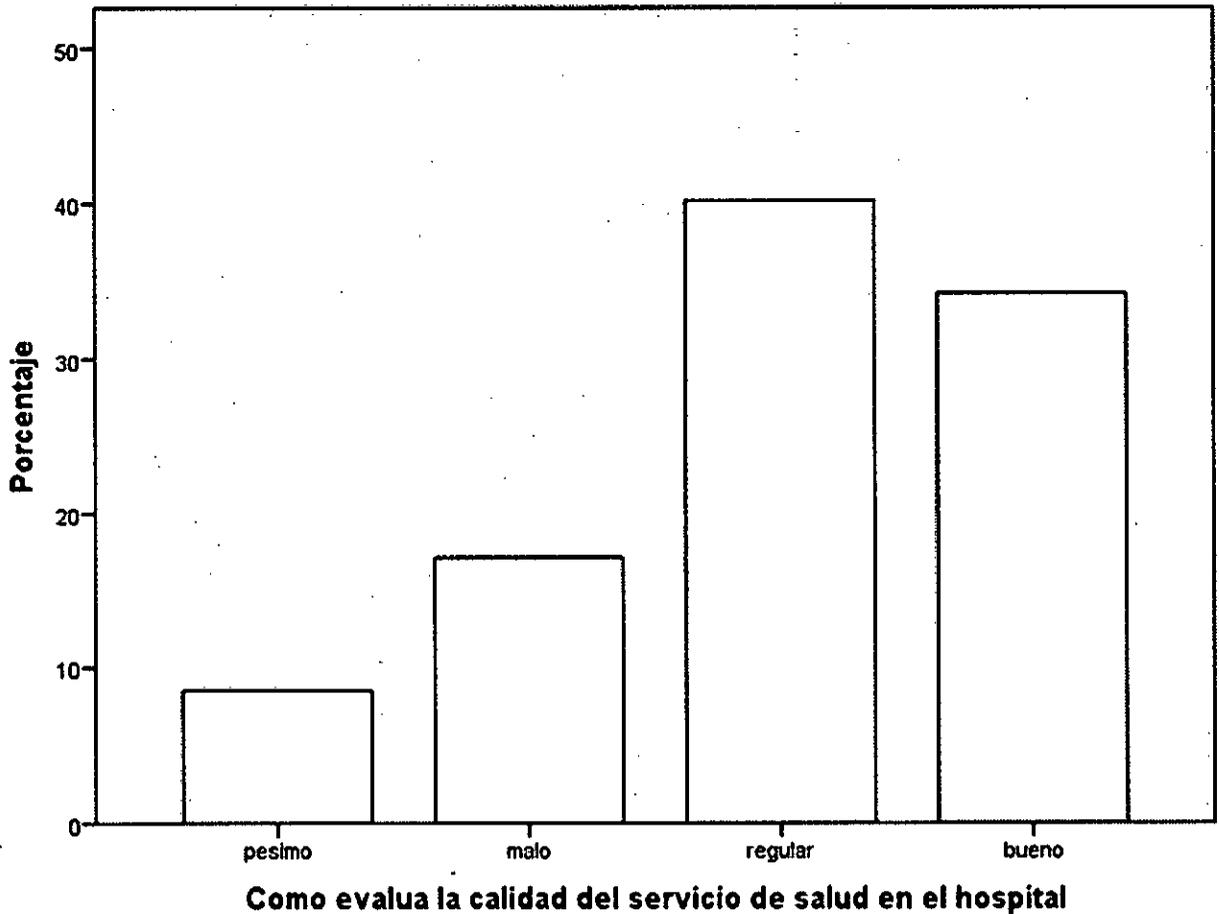


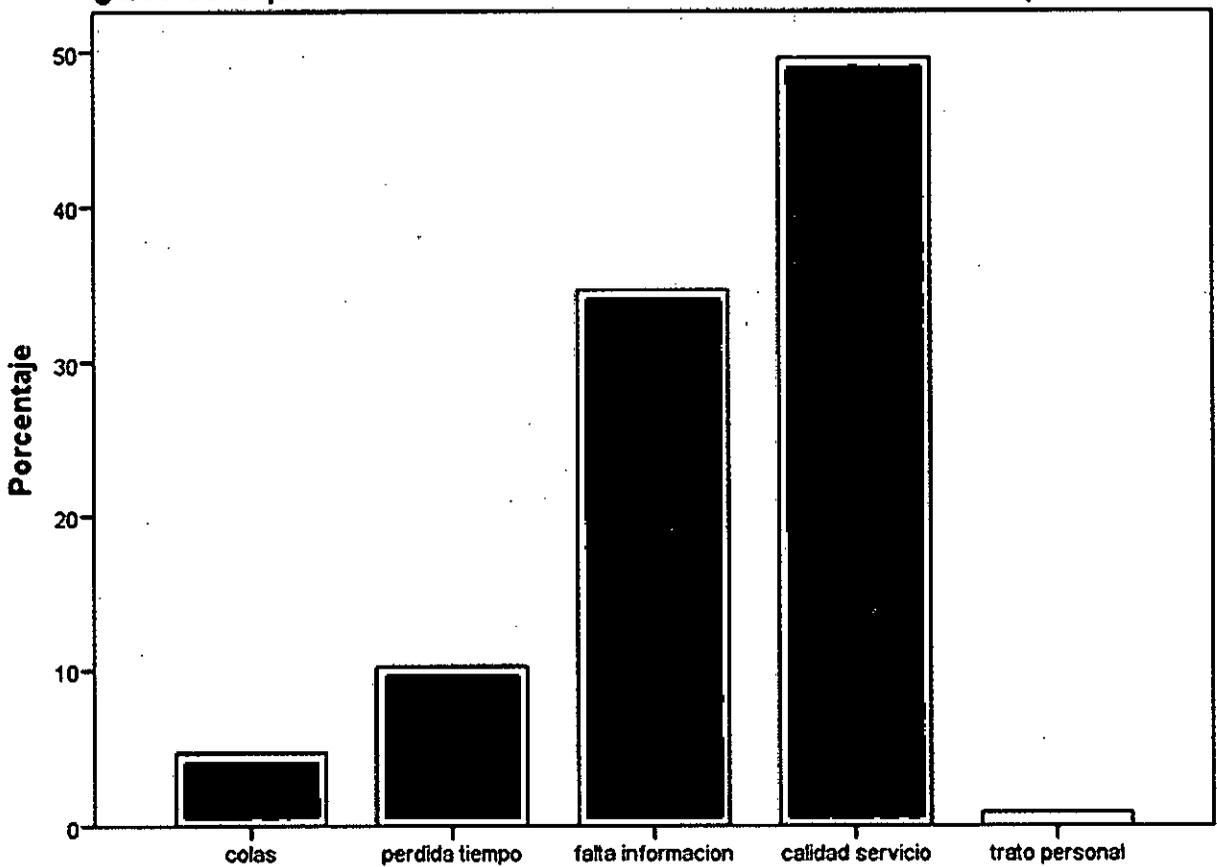
Tabla N° 4.24

¿Qué es lo que más le incomoda al recibir el servicio en el hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Colas	11	4,7	4,7	4,7
	Perdida tiempo	24	10,3	10,3	15,0
	Falta información	81	34,6	34,6	49,6
	Calidad servicio	116	49,6	49,6	99,1
	Trato personal	2	,9	,9	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 24

¿Que es loque mas le incomodo al recibir el servicio en el hospital?



¿Que es loque mas le incomodo al recibir el servicio en el hospital?

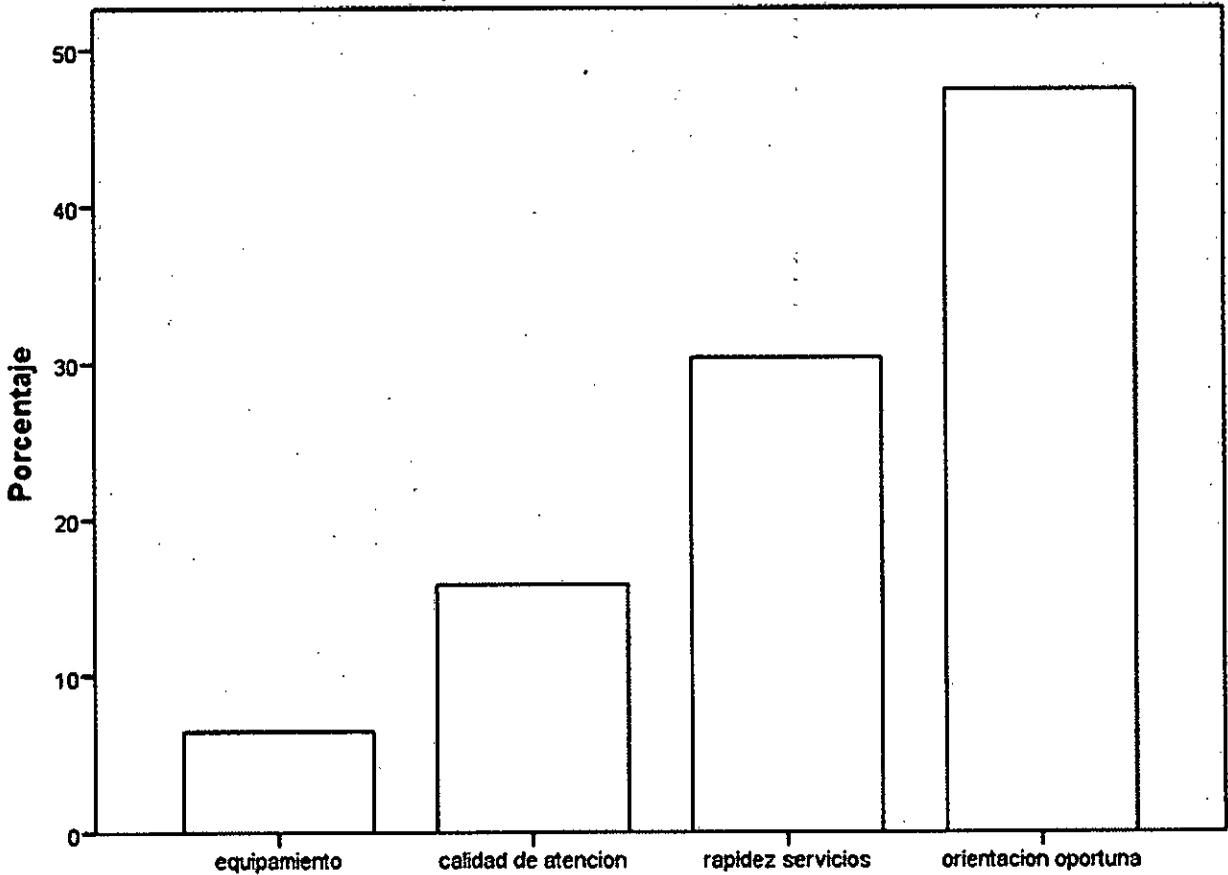
Tabla N° 4.25

El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Equipamiento	15	6,4	6,4	6,4
Calidad de atención	37	15,8	15,8	22,2
Rapidez servicios	71	30,3	30,3	52,6
Orientación oportuna	111	47,4	47,4	100,0
Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 25

El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en:



El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en:

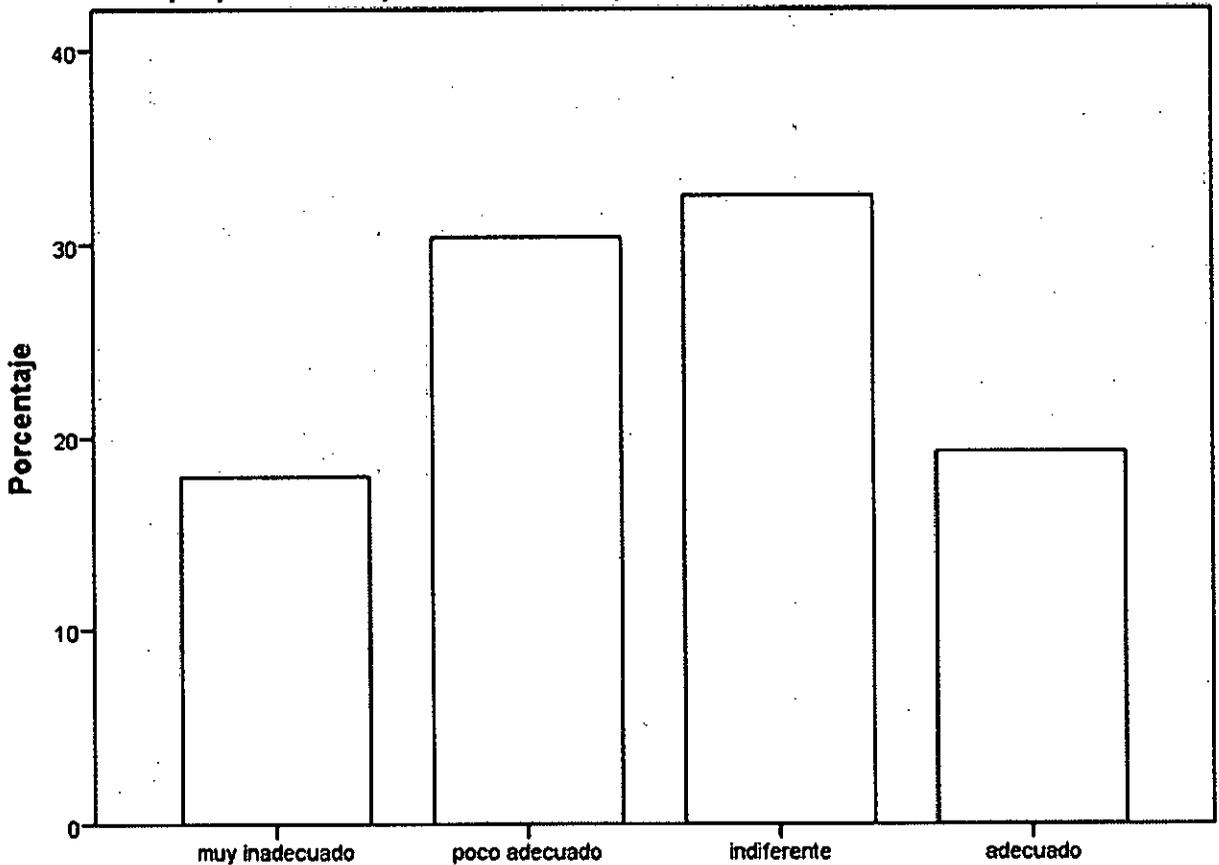
Tabla N° 4.26

El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy inadecuado	42	17,9	17,9	17,9
	Poco adecuado	71	30,3	30,3	48,3
	Indiferente	76	32,5	32,5	80,8
	Adecuado	45	19,2	19,2	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 26

El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:



El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:

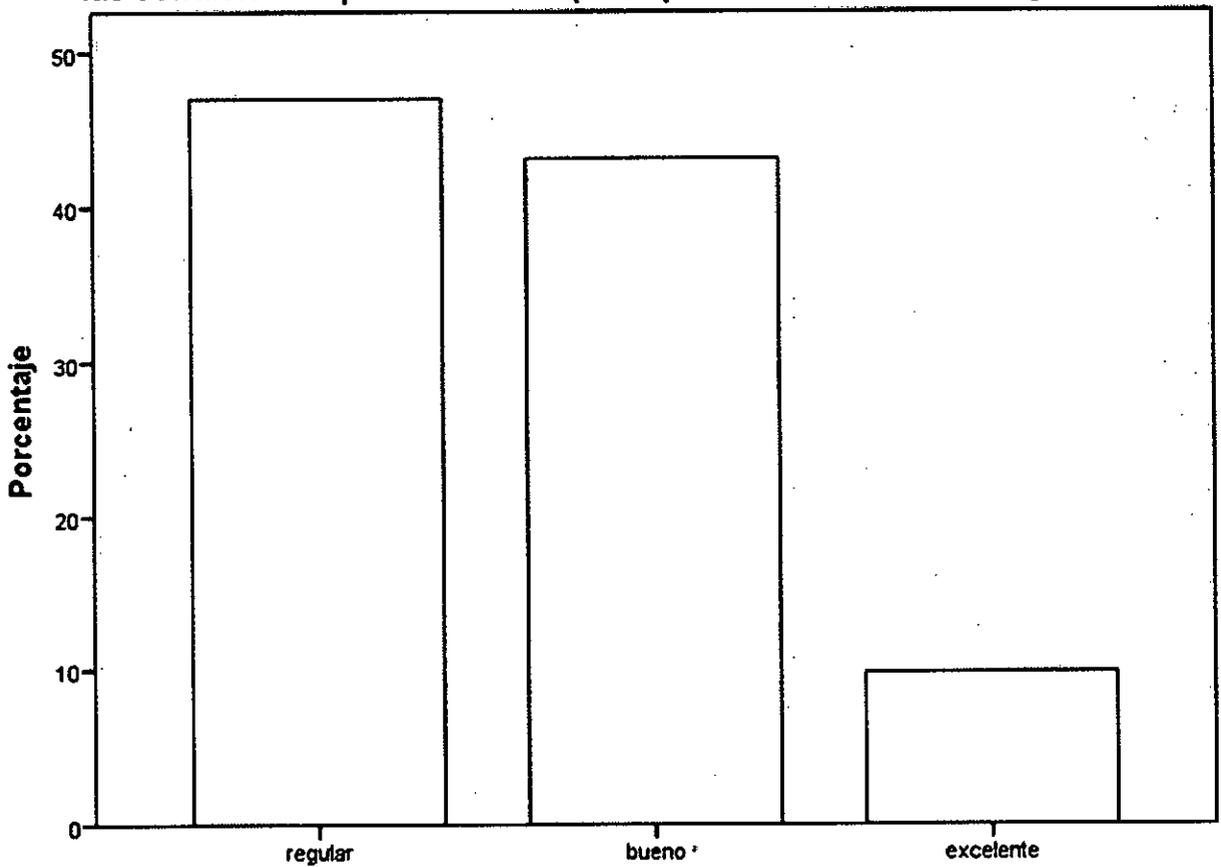
Tabla N° 4.27

Las condiciones que ofrece el hospital para desarrollar su trabajo es:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	110	47,0	47,0	47,0
	Bueno	101	43,2	43,2	90,2
	Excelente	23	9,8	9,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 27

las condiciones que ofrece el hopsital para desarrollar su trabajo es:



las condiciones que ofrece el hopsital para desarrollar su trabajo es:

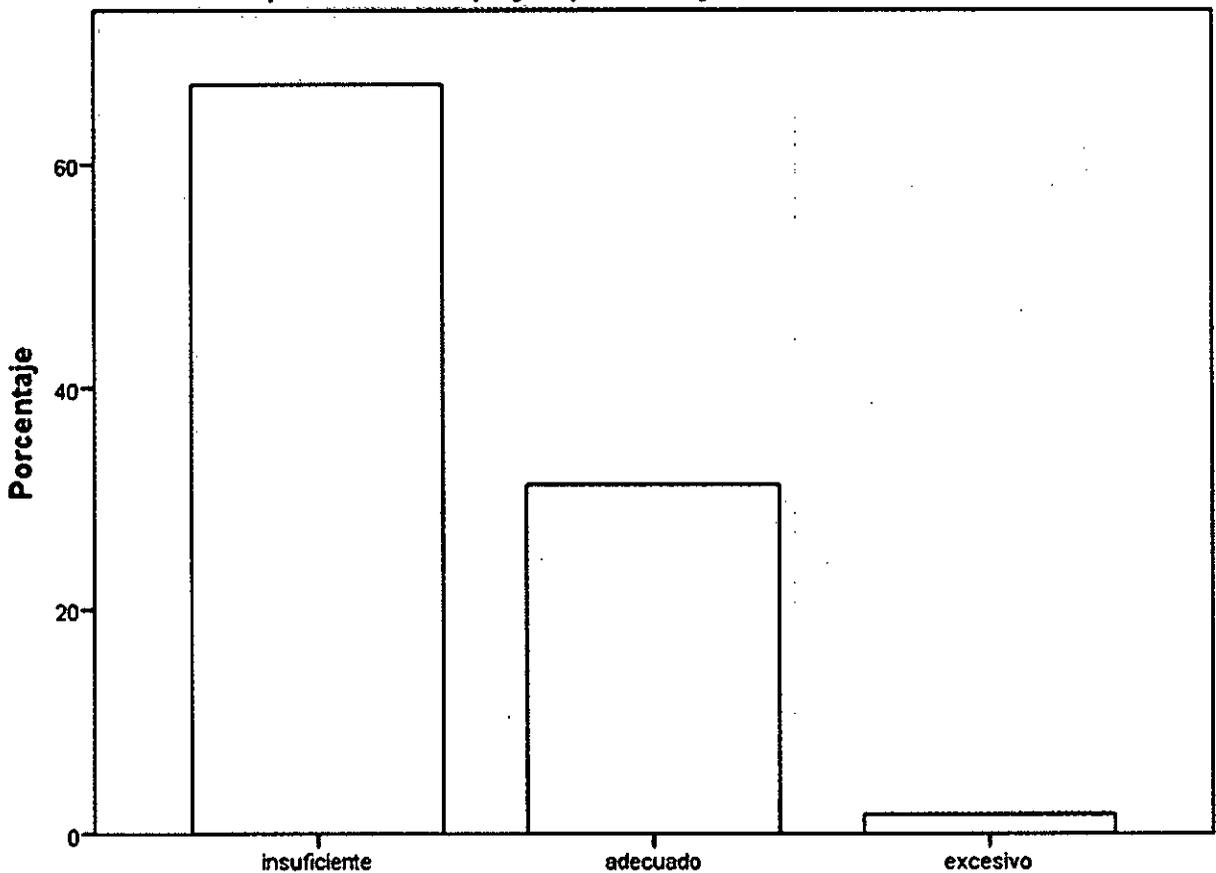
Tabla N° 4.28

El número de personal de apoyo que trabaja con usted en la consulta es:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Insuficiente	157	67,1	67,1	67,1
	Adecuado	73	31,2	31,2	98,3
	Excesivo	4	1,7	1,7	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 28

El número de personal de apoyo que trabaja con usted en la consulta es:



El número de personal de apoyo que trabaja con usted en la consulta es:

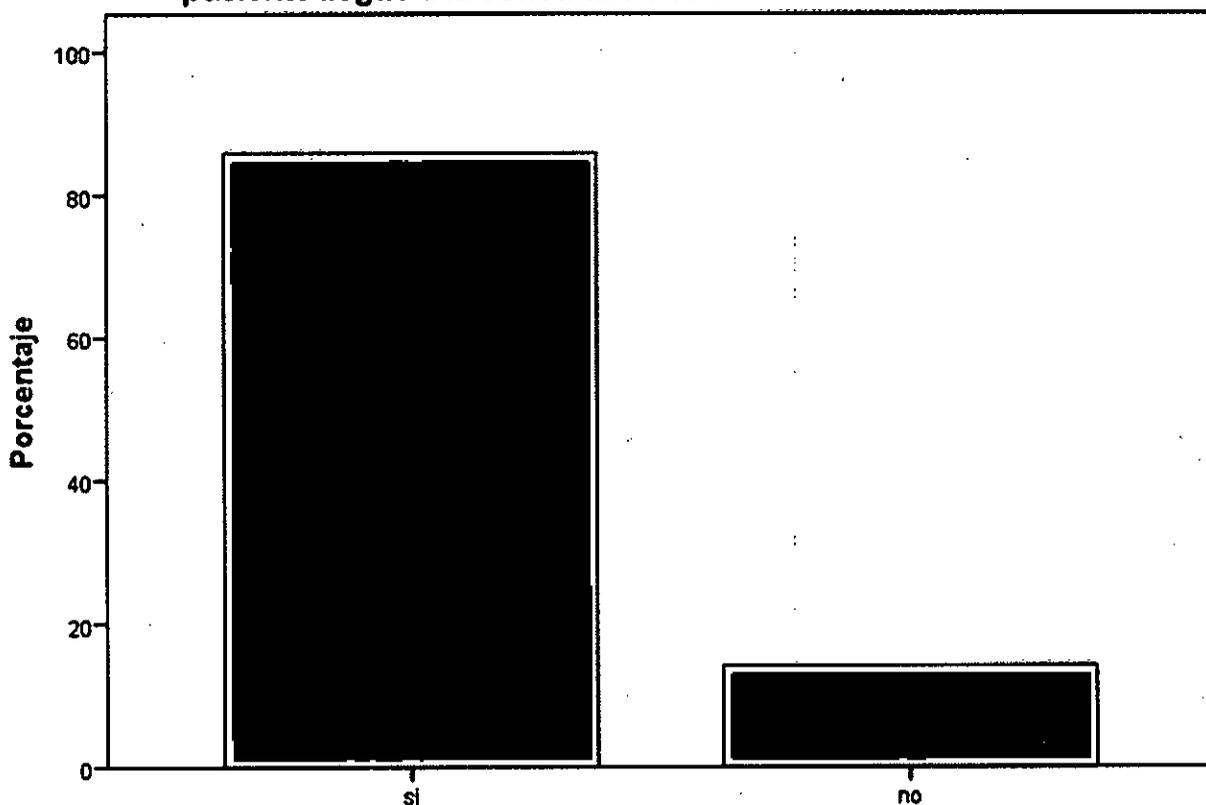
Tabla N° 4.29

¿El sistema de los servicios de consultorios de la institución permite que el paciente llegue a la consulta en buen estado de ánimo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	201	85,9	85,9	85,9
	No	33	14,1	14,1	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 29

¿ El sistema de lo servicios de consultorios de la institucion permite que el paciente llegue a la consulta en buen estado de animo?



¿ El sistema de lo servicios de consultorios de la institucion permite que el paciente llegue a la consulta en buen estado de animo?

Tabla N° 4.30

Esta usted satisfecho con el trabajo que realiza en su consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	197	84,2	84,2	84,2
	No	37	15,8	15,8	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 30

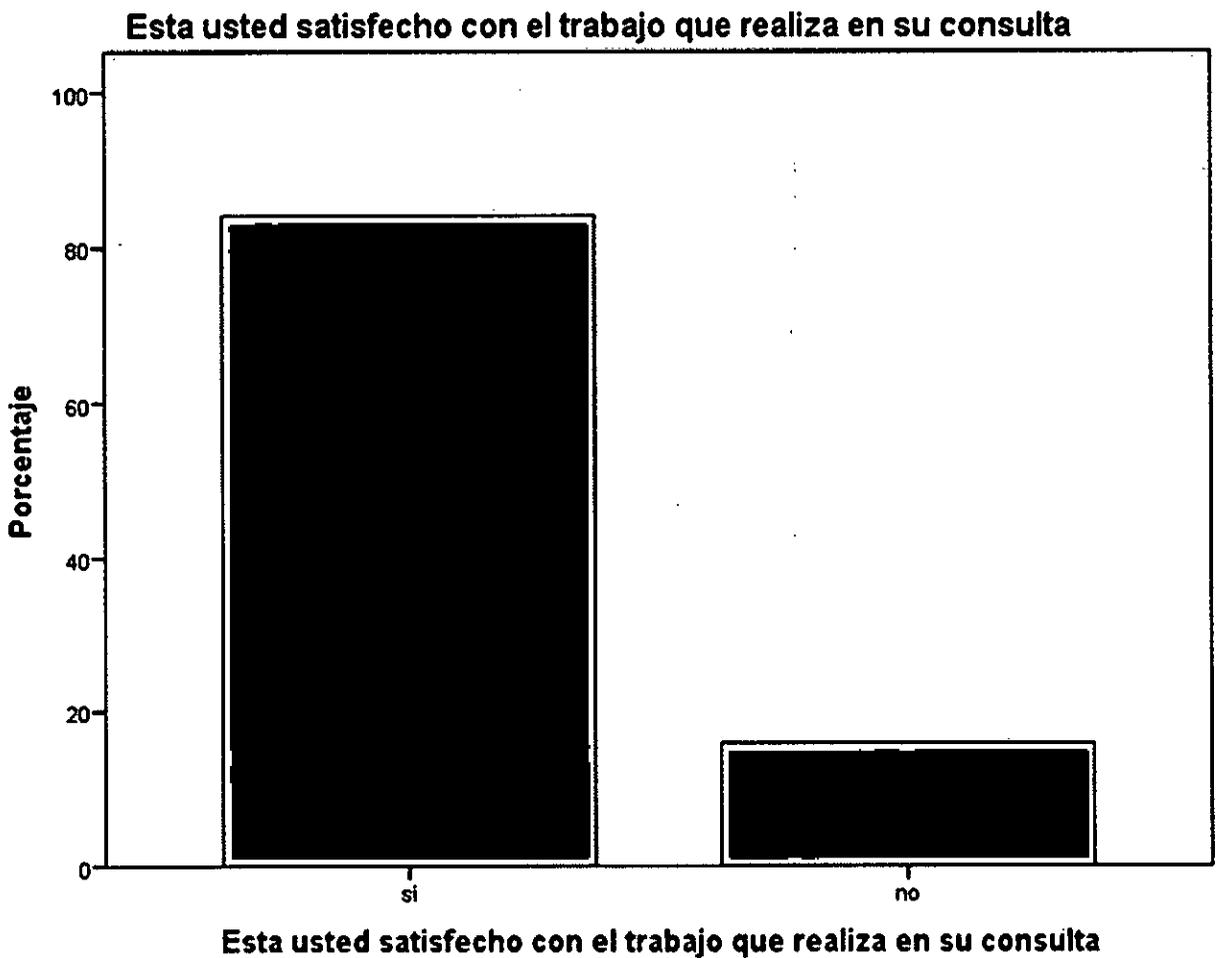


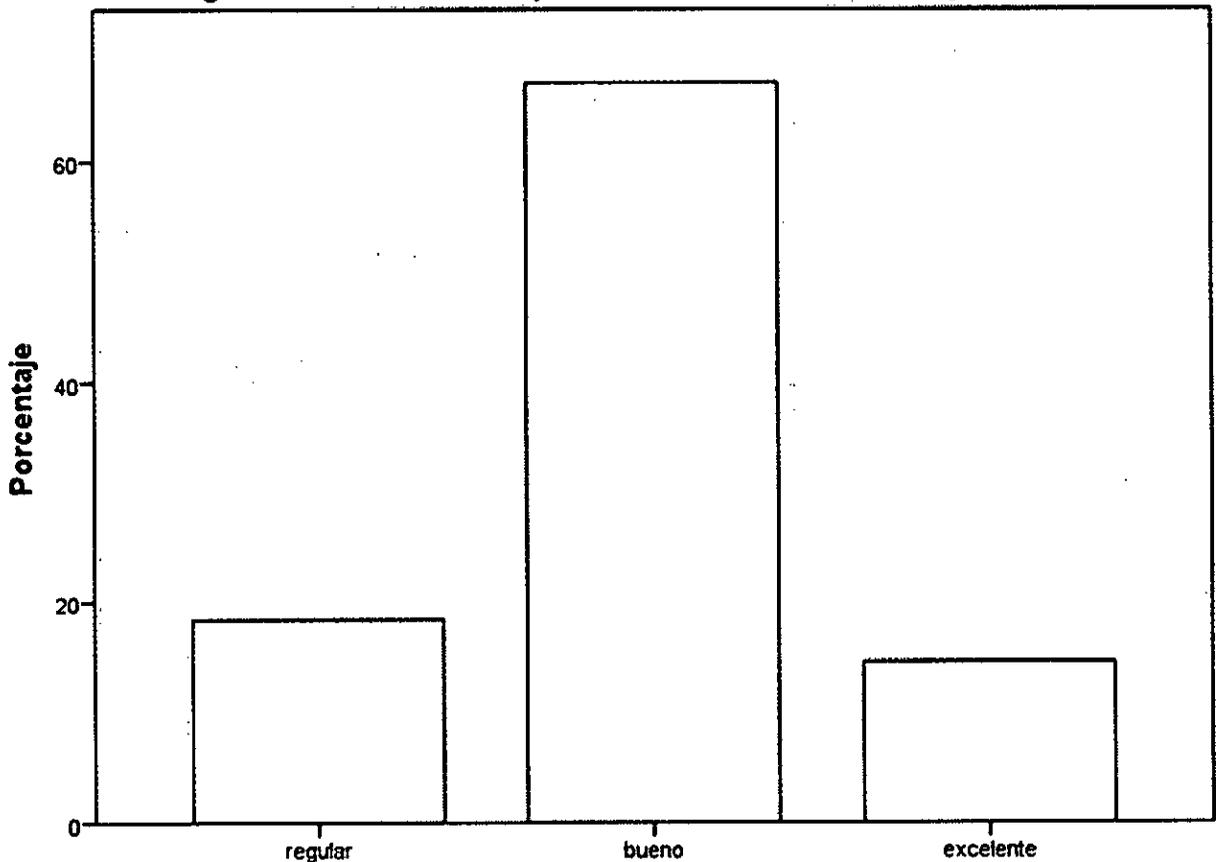
Tabla N° 4.31

¿Cómo estima usted que es la calidad de su trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	43	18,4	18,4	18,4
	Buena	157	67,1	67,1	85,5
	Excelente	34	14,5	14,5	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 31

¿Como estima usted que es la calidad de su trabajo?



¿Como estima usted que es la calidad de su trabajo?

Tabla N° 4.32

		La historia clínica en el tiempo de llegada es el adecuado			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	166	70,9	70,9	70,9
	No	68	29,1	29,1	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 32

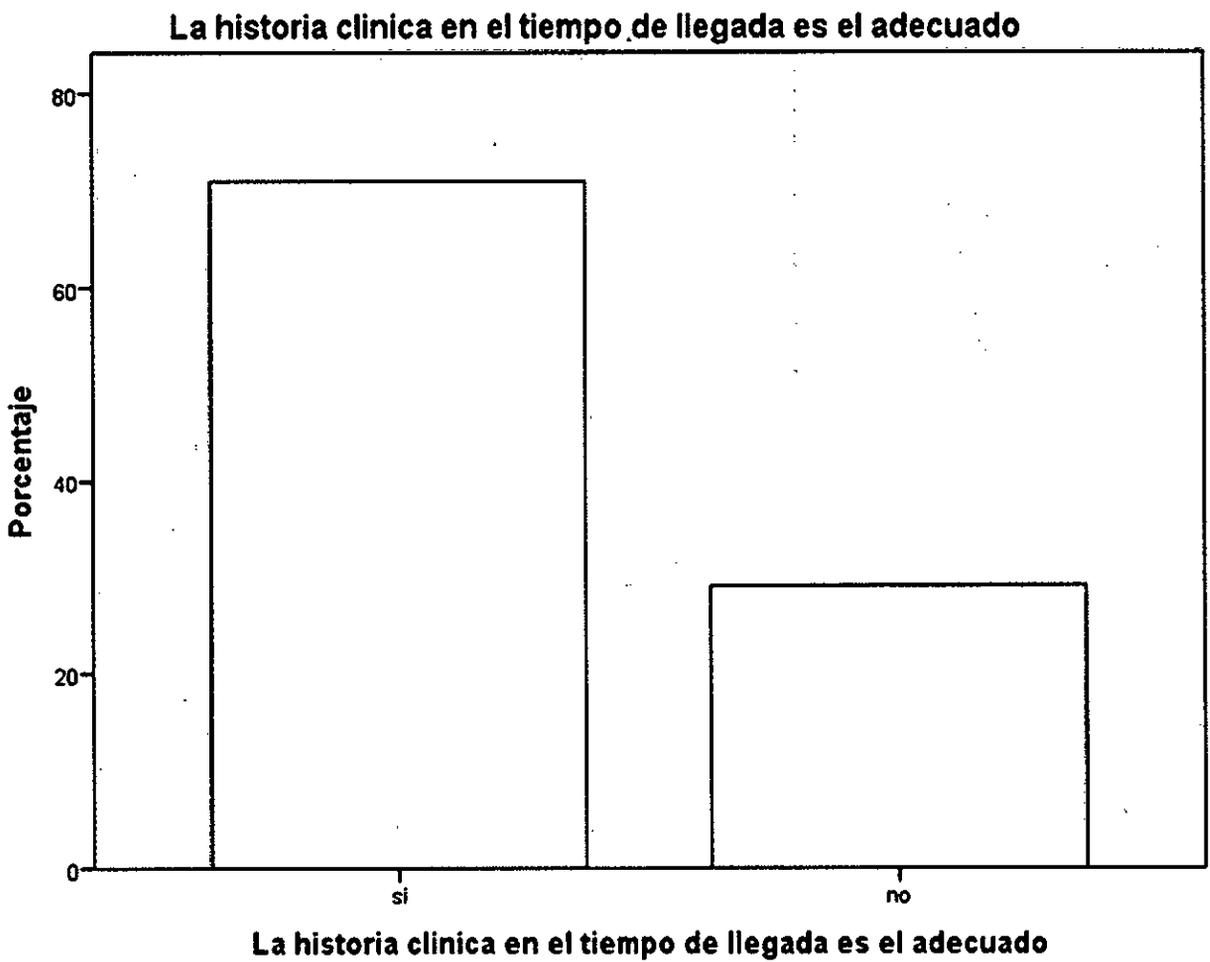


Tabla N° 4.33

Cuenta con personal adecuado para la atención del usuario					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	194	82,9	82,9	82,9
	No	40	17,1	17,1	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 33

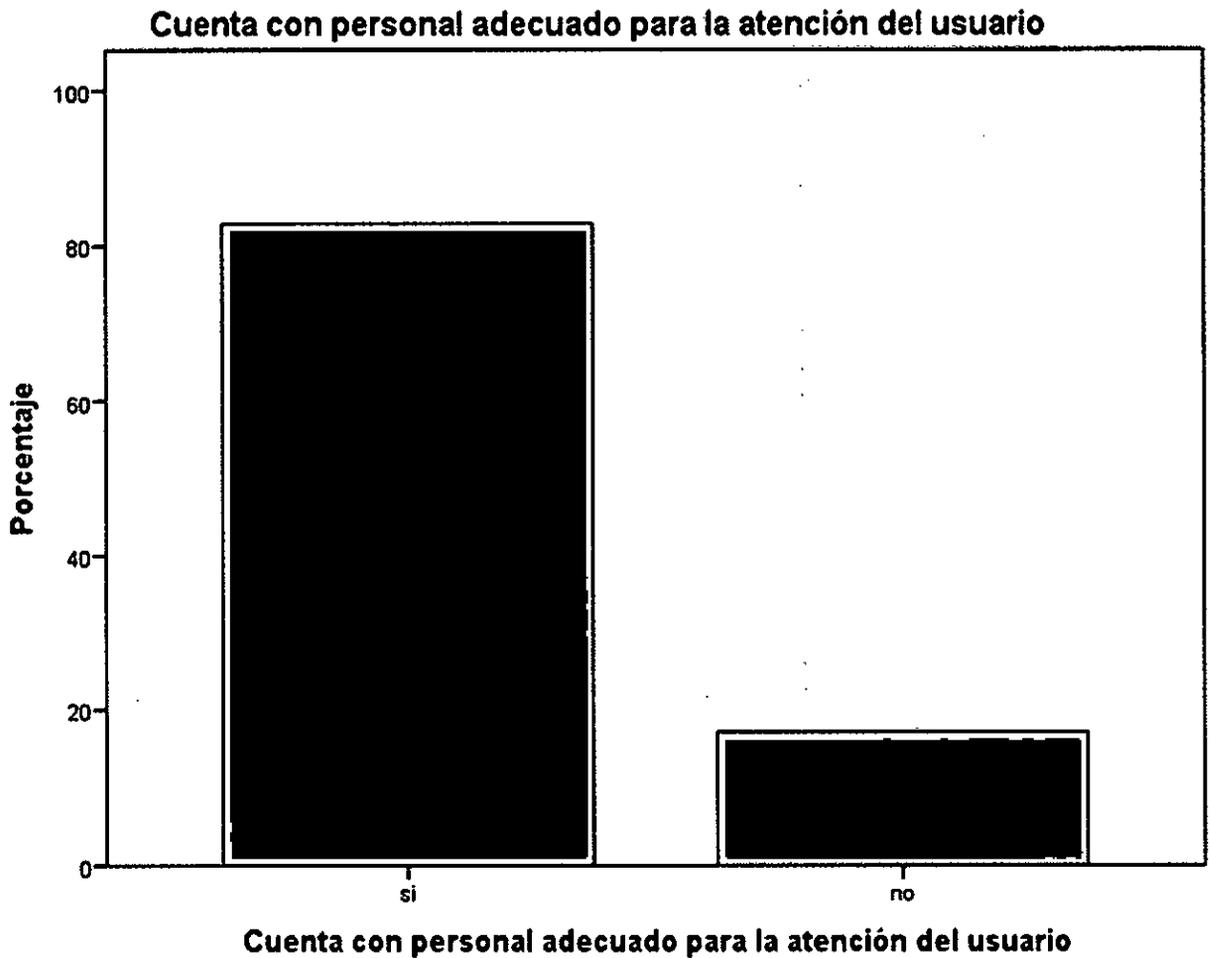


Tabla N° 4.34

Los pacientes se sienten con un buen ánimo para recibir la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	173	73,9	73,9	73,9
	No	61	26,1	26,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 34

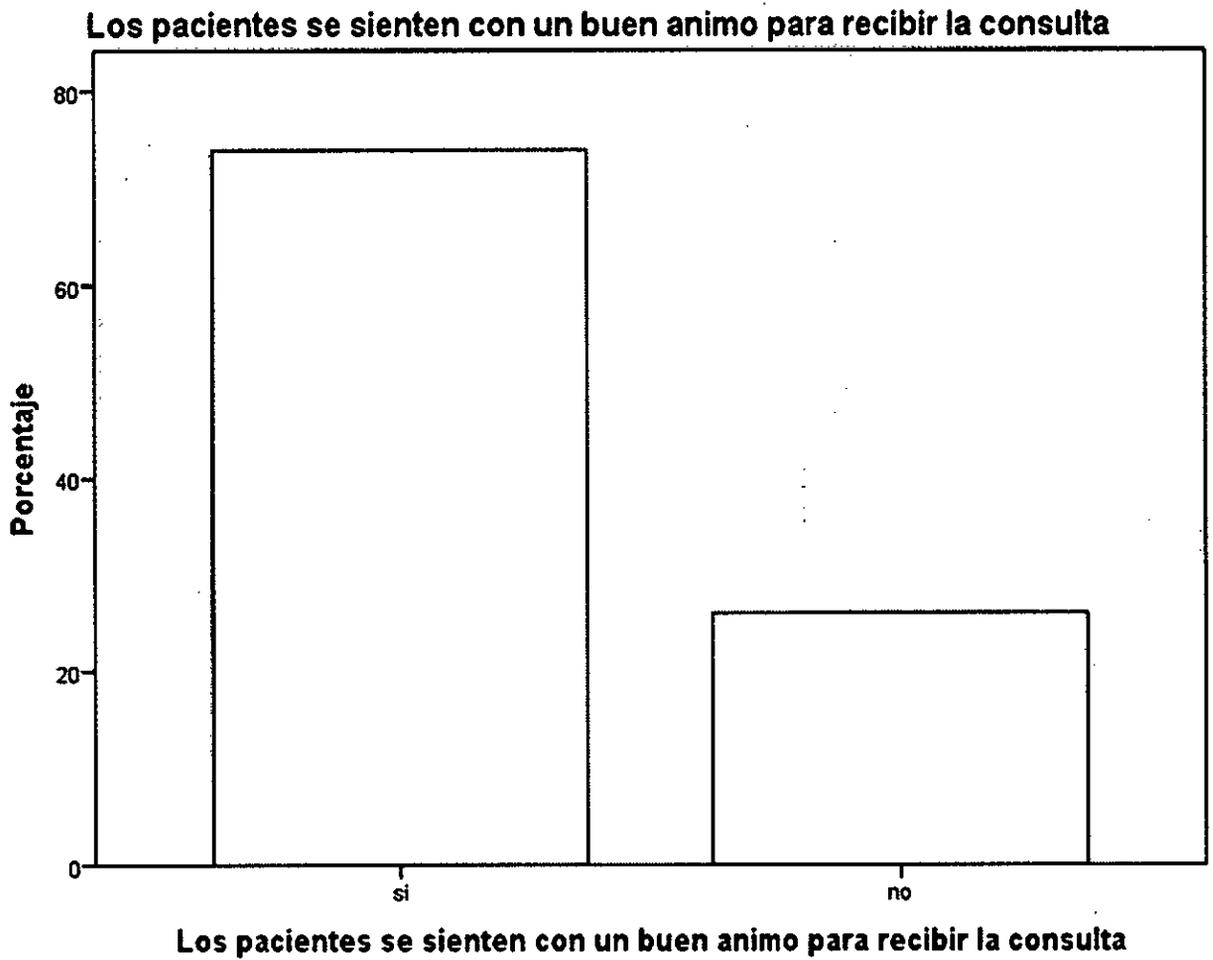


Tabla N° 4.35

Esta usted satisfecho con su trabajo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	184	78,6	78,6	78,6
	No	50	21,4	21,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 35

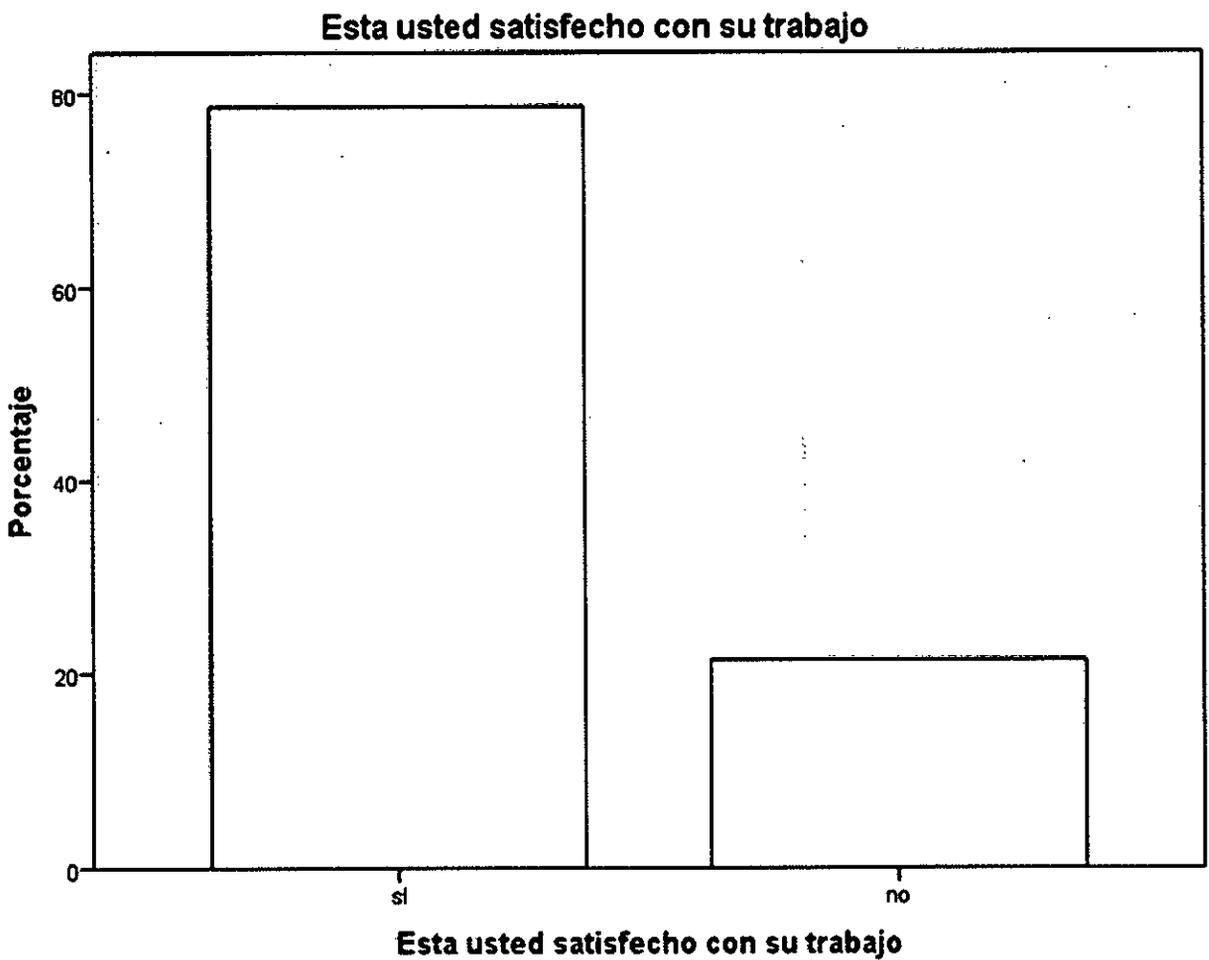


Tabla N° 4.36

¿Cómo evaluaría la calidad de su servicio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	15	6,4	6,4	6,4
	Bueno	180	76,9	76,9	83,3
	Excelente	39	16,7	16,7	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 36

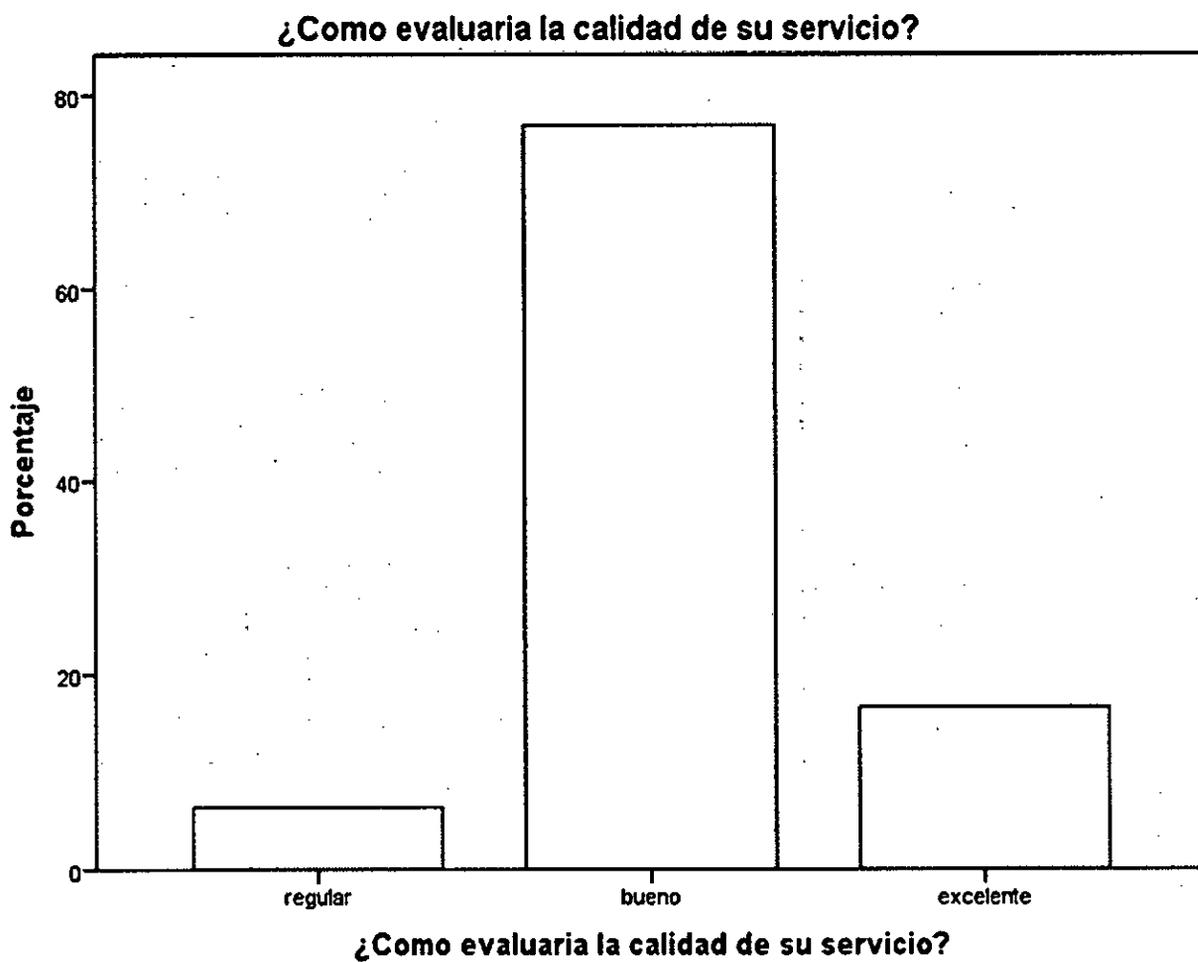


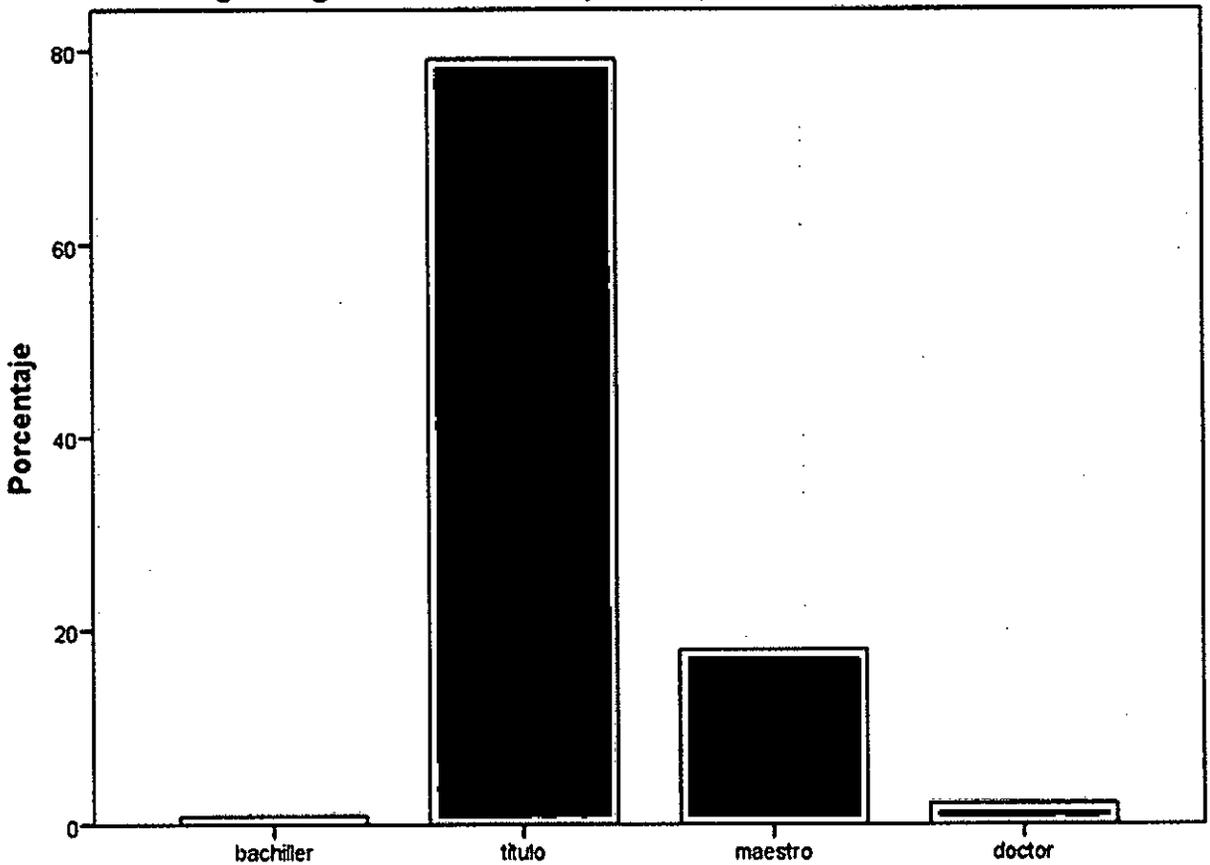
Tabla N° 4.37

¿ Qué grado o título ha obtenido, marcar el mayor?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bachiller	2	,9	,9	,9
	Título	185	79,1	79,1	79,9
	Maestro	42	17,9	17,9	97,9
	Doctor	5	2,1	2,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 37

¿ Que grado o titulo ha optenido, marcar el mayor?



¿ Que grado o titulo ha optenido, marcar el mayor?

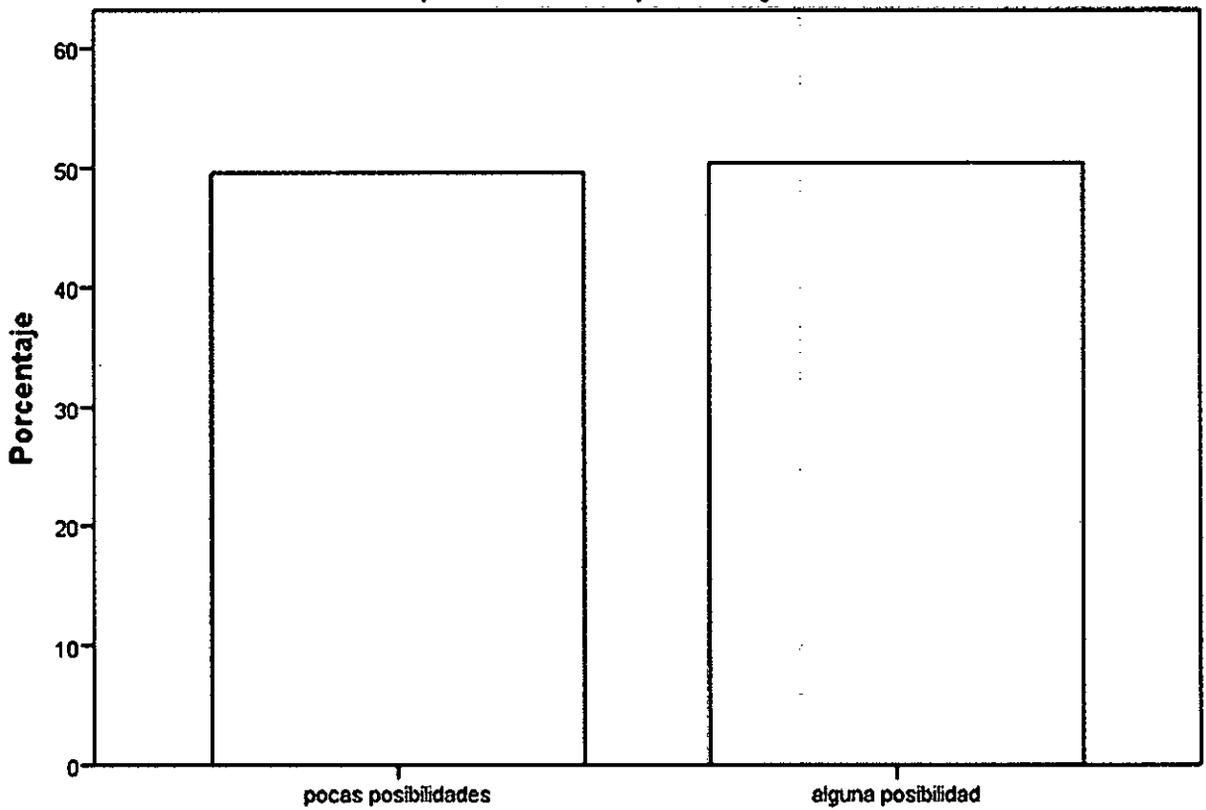
Tabla N° 4.38

¿Qué posibilidades tiene usted para que lo coloquen en un puesto de mayor responsabilidad que el suyo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pocas posibilidades	116	49,6	49,6	49,6
	Alguna posibilidad	118	50,4	50,4	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 38

¿Que posibilidades tiene usted para que lo coloquen en un puesto de mayor responsabilidad que el suyo?



¿Que posibilidades tiene usted para que lo coloquen en un puesto de mayor responsabilidad que el suyo?

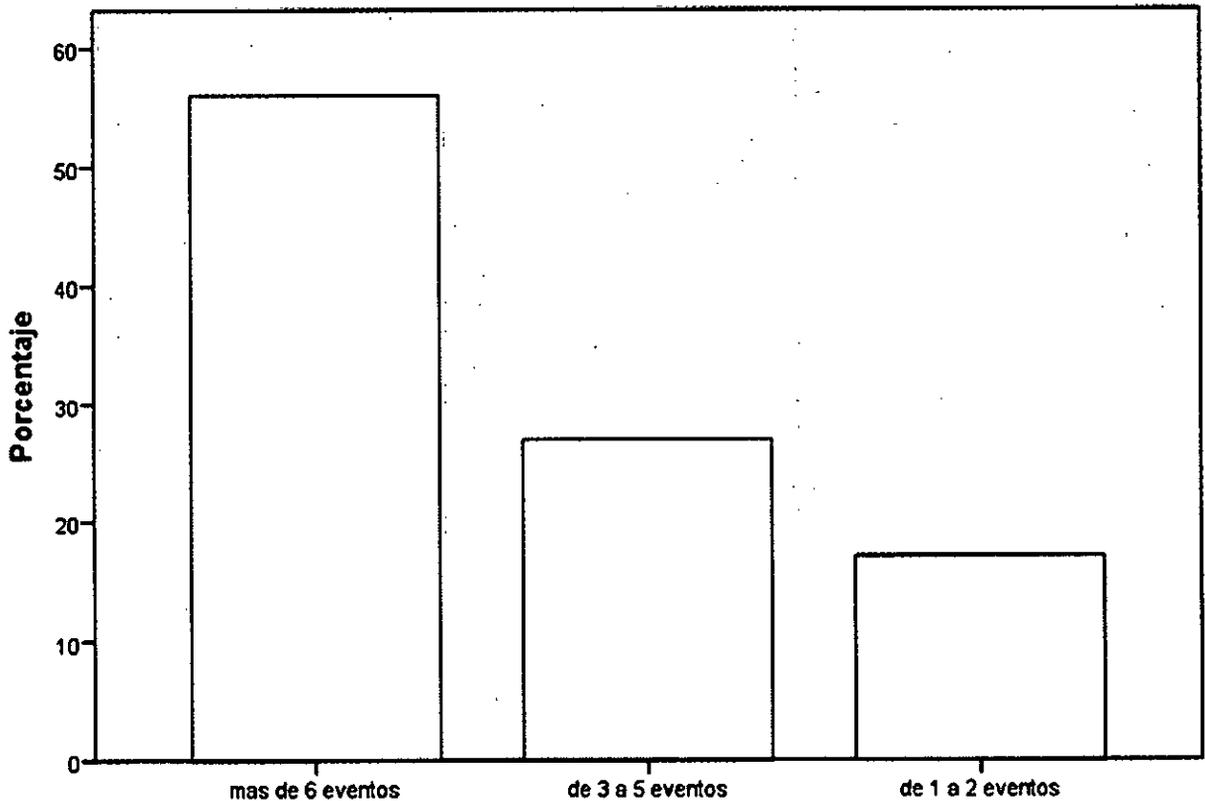
Tabla N° 4.39

En los últimos años asistió a eventos con más de 80 horas de capacitación y/o actualización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Más de 6 eventos	131	56,0	56,0	56,0
	de 3 a 5 eventos	63	26,9	26,9	82,9
	de 1 a 2 eventos	40	17,1	17,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 39

En los últimos años asistió a eventos con mas de 80 horas de capacitacion y/o actualización



En los últimos años asistió a eventos con mas de 80 horas de capacitacion y/o actualización

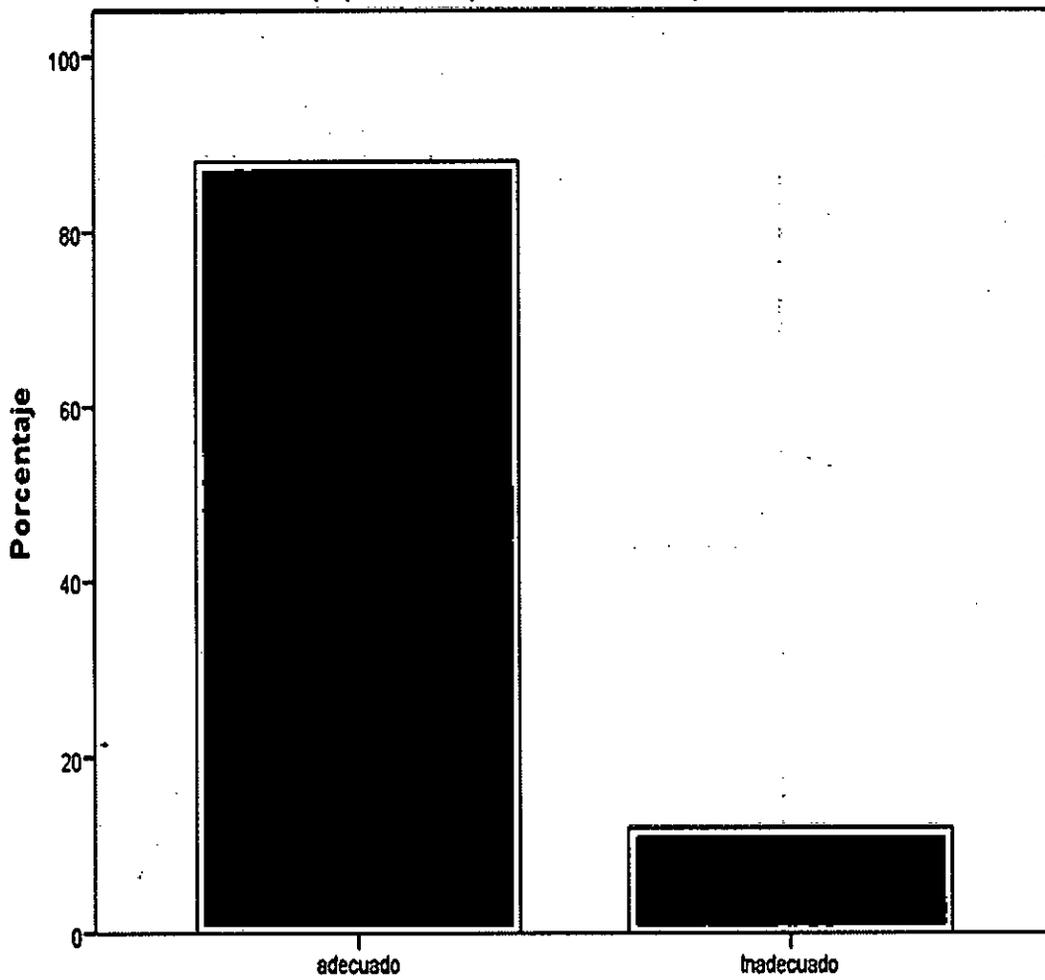
Tabla N° 4.40

Los equipos con que cuenta el hospital son:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adecuado	206	88,0	88,0	88,0
	Inadecuado	28	12,0	12,0	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 40

Los equipos con que cuenta el hospital son:



Los equipos con que cuenta el hospital son:

Tabla N° 4.41

Se siente satisfecho con su trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	207	88,5	88,5	88,5
	No	27	11,5	11,5	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 41

Se siente satisfecho con su trabajo

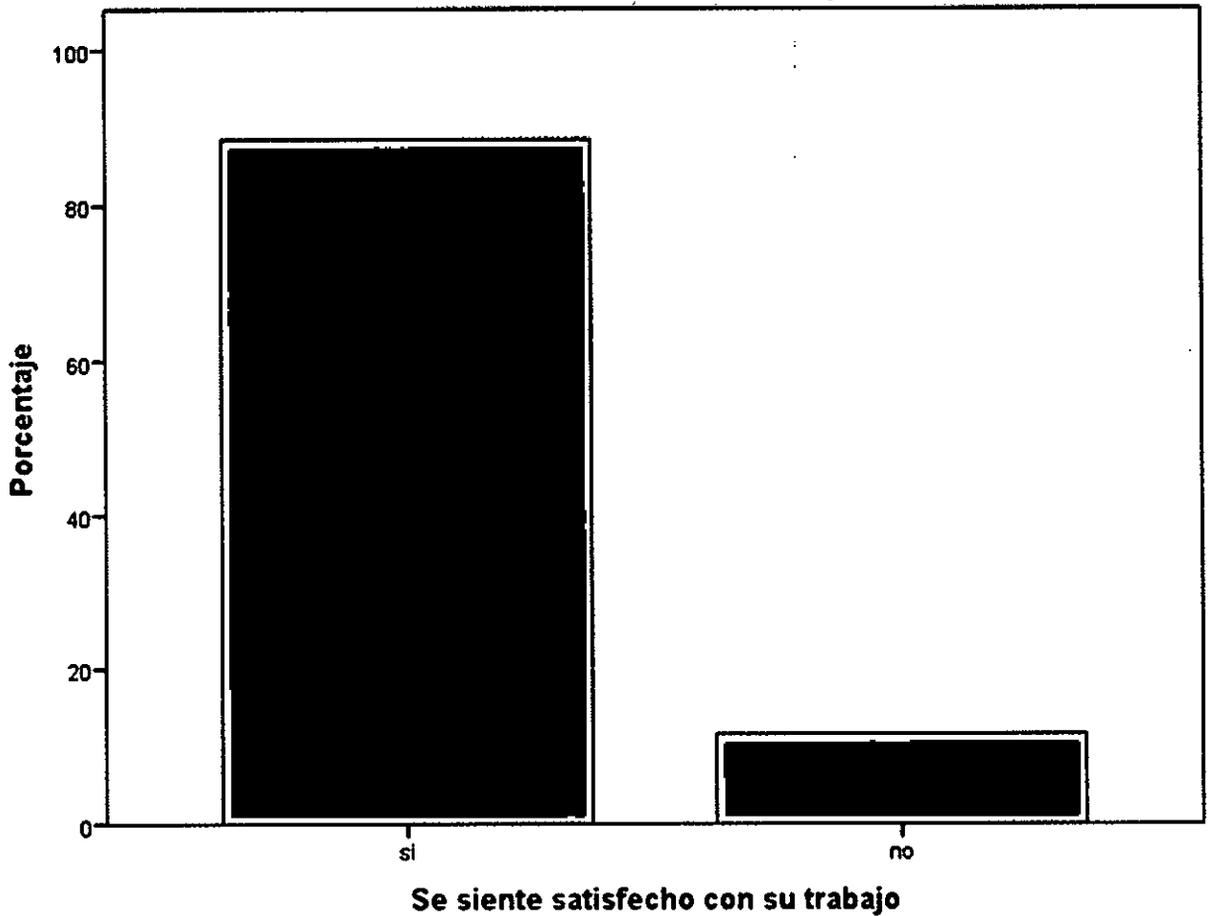


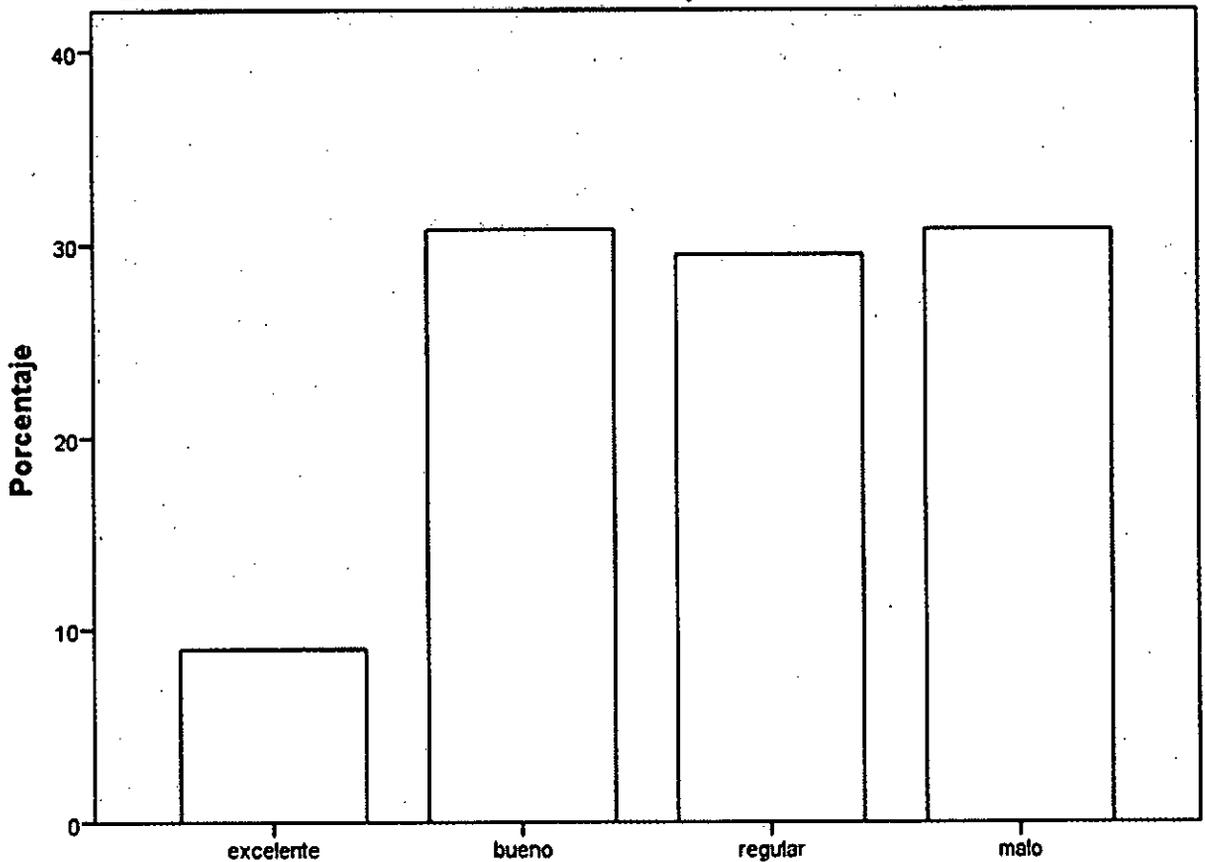
Tabla N° 4.42

Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Excelente	21	9,0	9,0	9,0
	Bueno	72	30,8	30,8	39,7
	Regular	69	29,5	29,5	69,2
	Malo	72	30,8	30,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 42

Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son:



Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son:

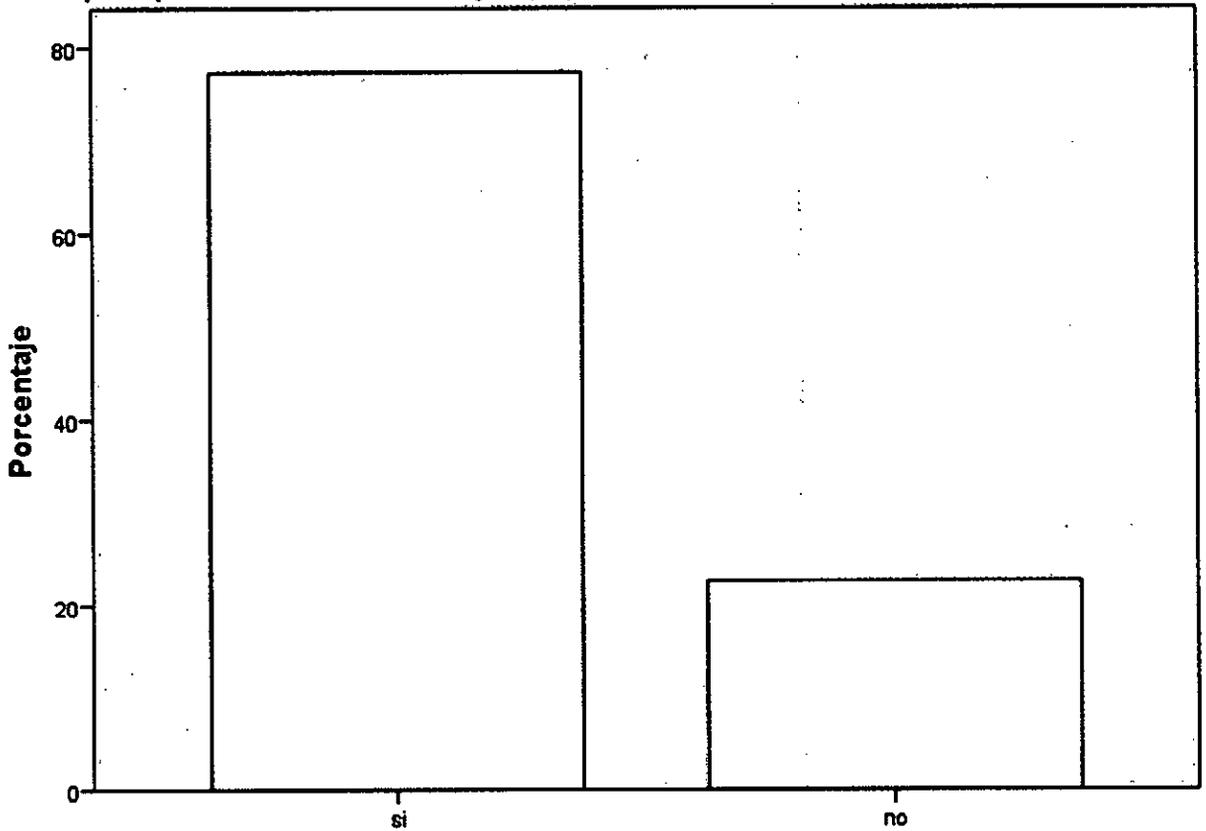
Tabla N° 4.43

El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	181	77,4	77,4	77,4
	No	53	22,6	22,6	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 43

El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada



El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada

Tabla N° 4.44

Los usuarios se van satisfecho con el servicio recibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	210	89,7	89,7	89,7
	No	24	10,3	10,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 44

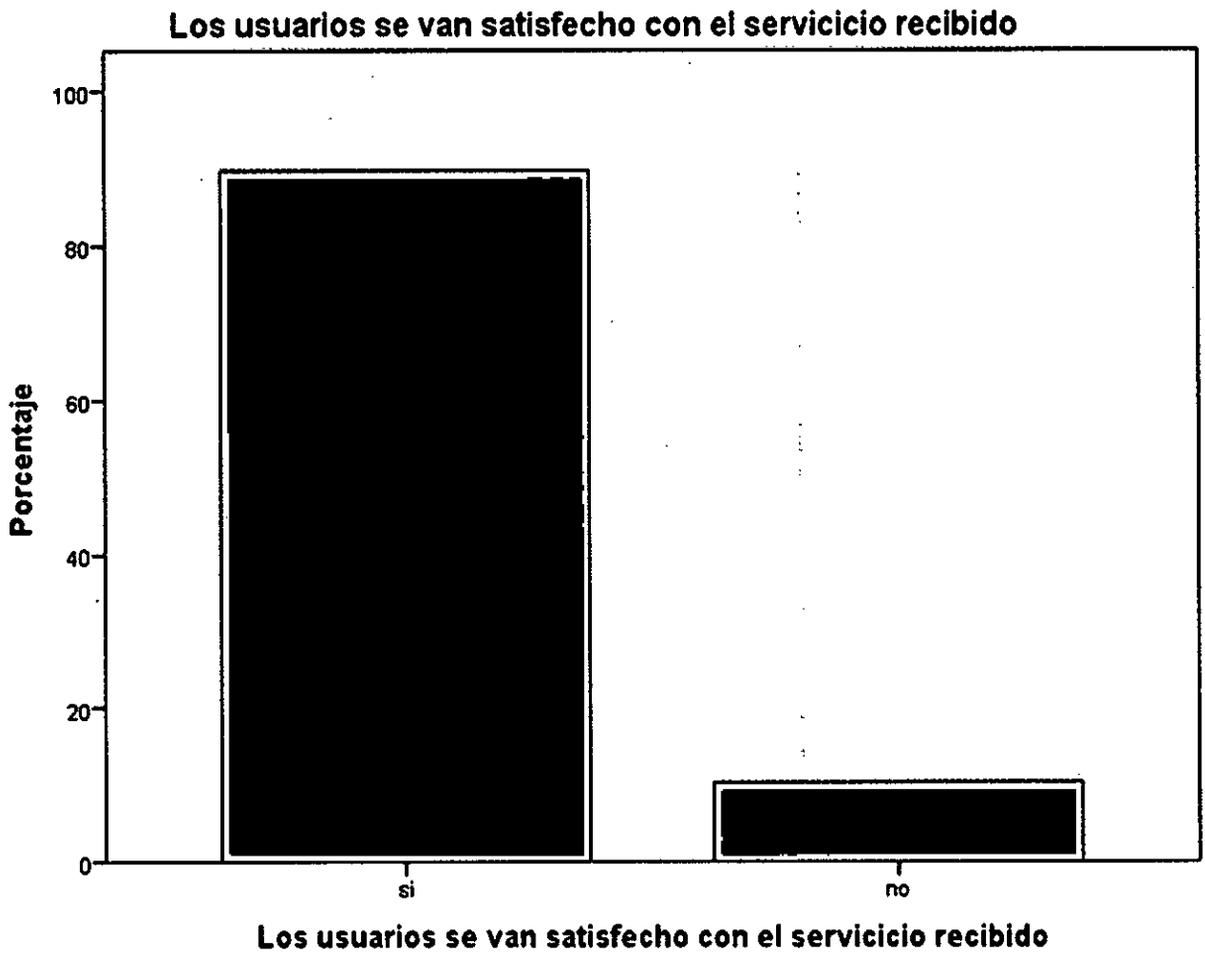


Tabla N° 4.45

En el último año cuantas capacitaciones ha recibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	1	,4	,4	,4
	Una	59	25,2	25,2	25,6
	Dos	58	24,8	24,8	50,4
	Tres o mas	116	49,6	49,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 45

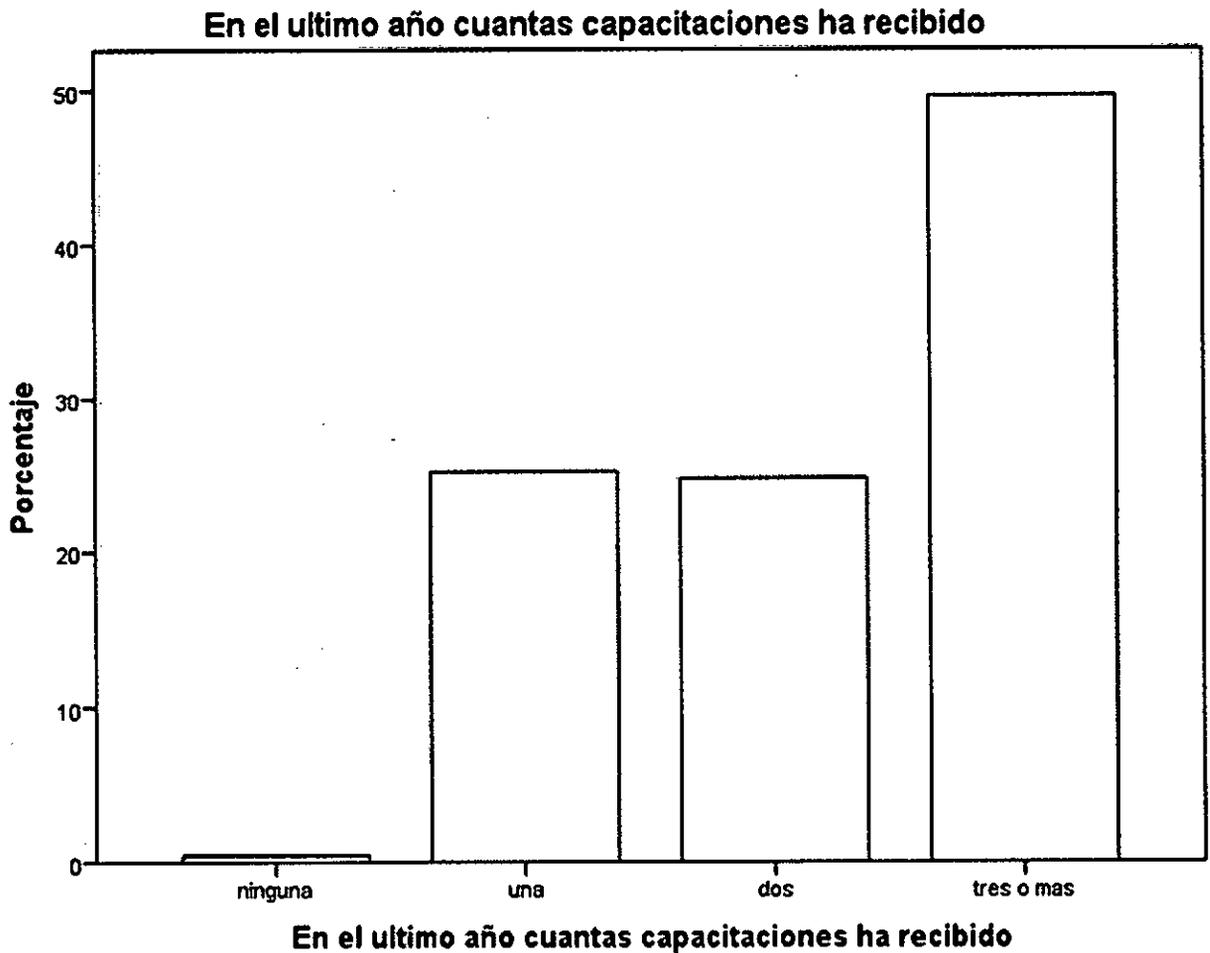


Tabla N° 4.46

Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	223	95,3	95,3	95,3
	No	11	4,7	4,7	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 46

Si ha recibido alguna capacitacion, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo

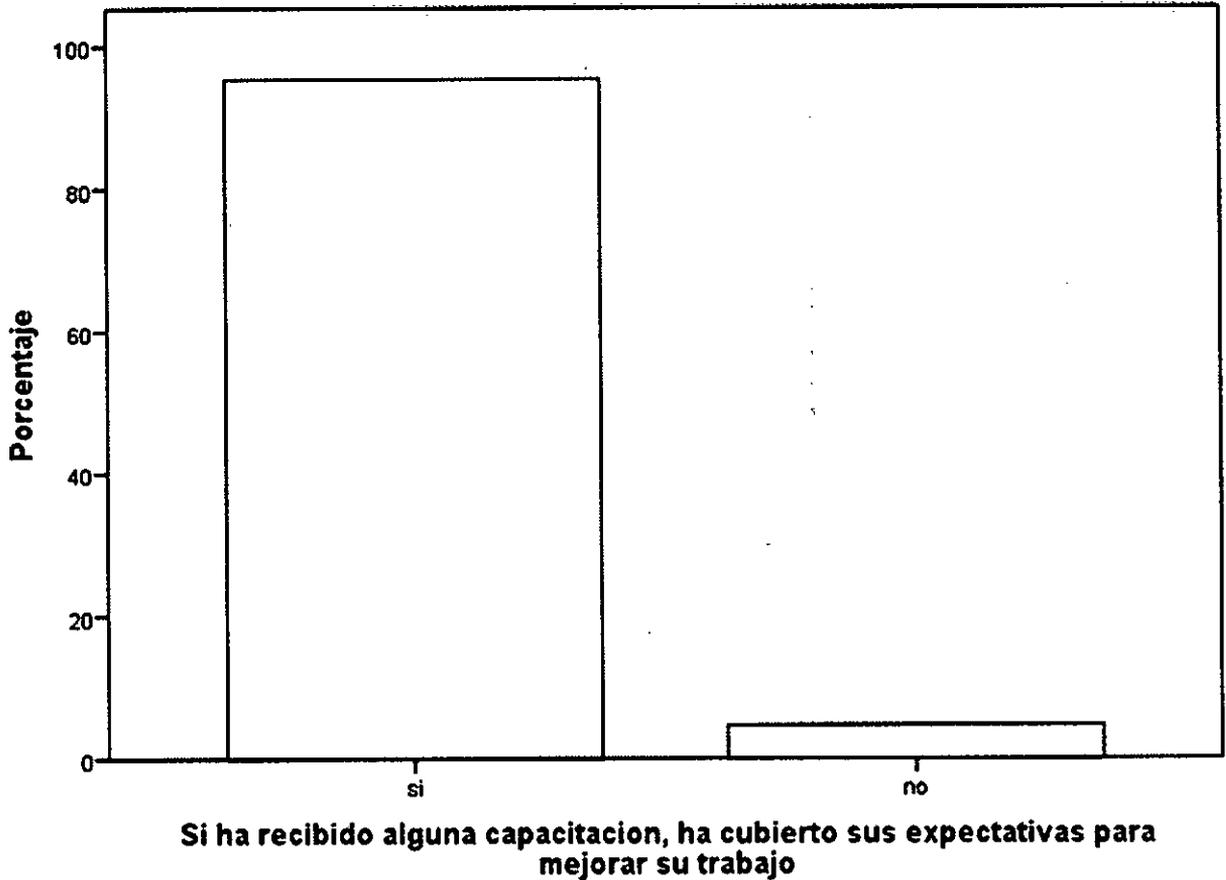


Tabla N° 4.47

La capacitación recibida ha aplicado para mejorar su servicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	163	69,7	69,7	69,7
	No	71	30,3	30,3	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 47

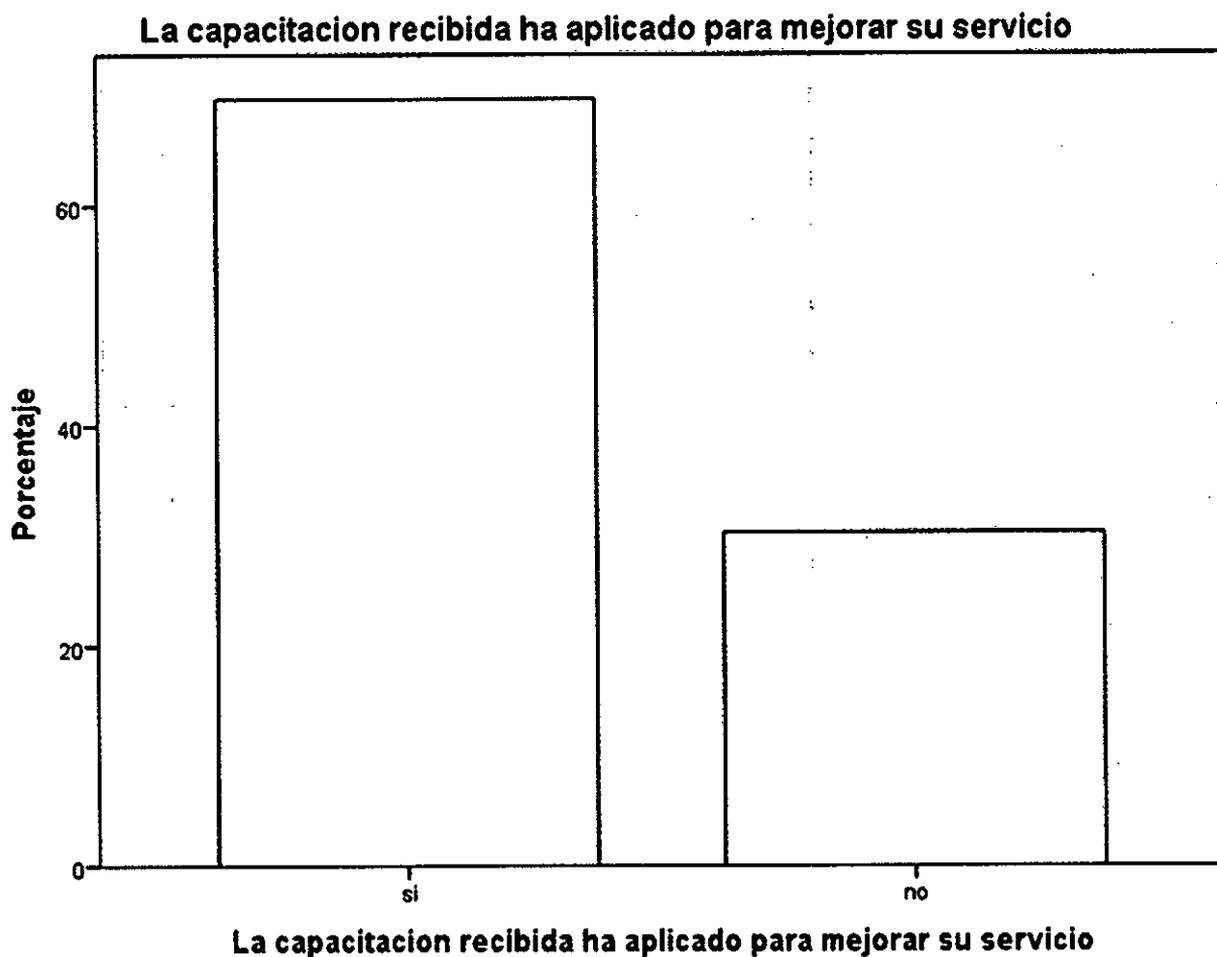


Tabla N° 4.48

Propone usted iniciativas y alternativas para mejorar la calidad de su servicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	214	91,5	91,5	91,5
	No	20	8,5	8,5	100,0
Total		234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 48

Propone usted iniciativas y alternativas para mejorar la calidad de su servicio

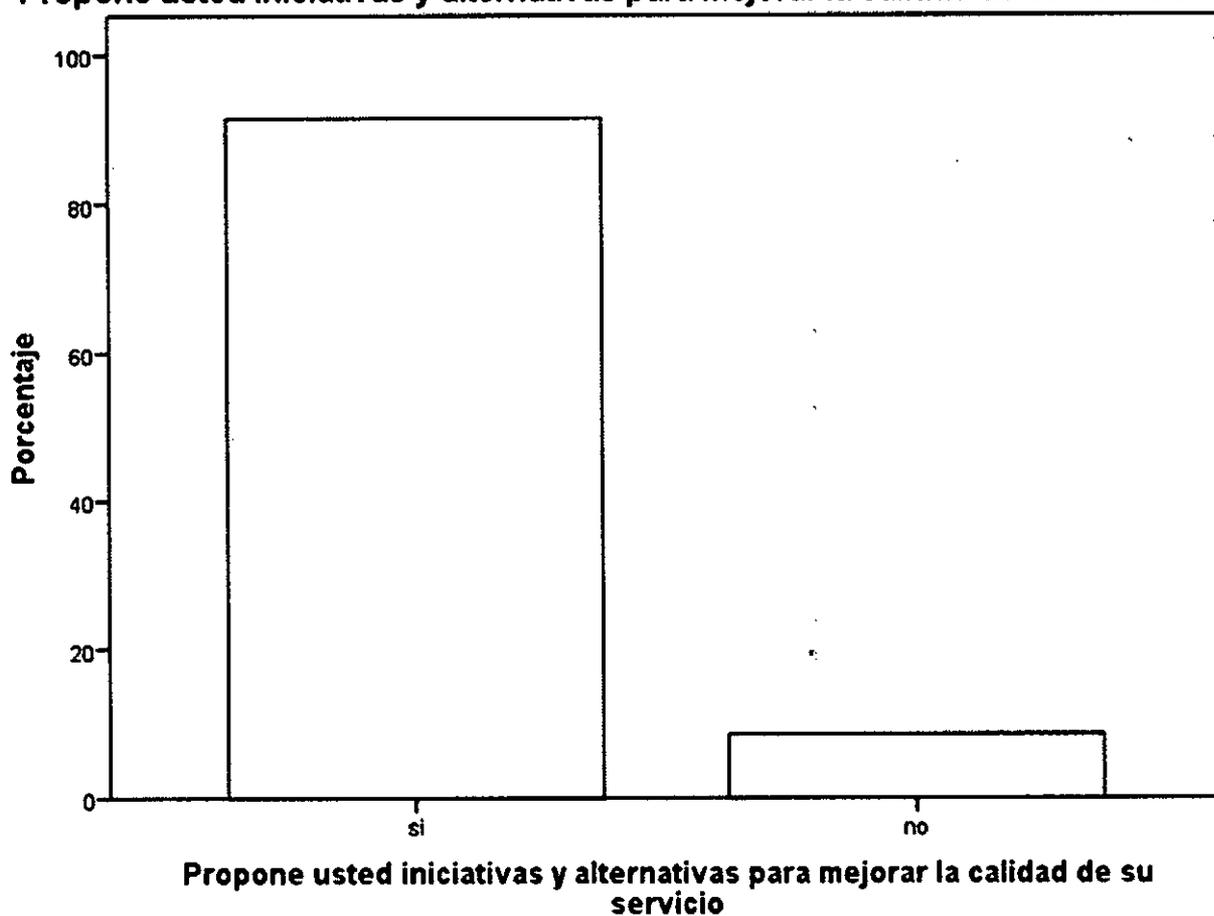
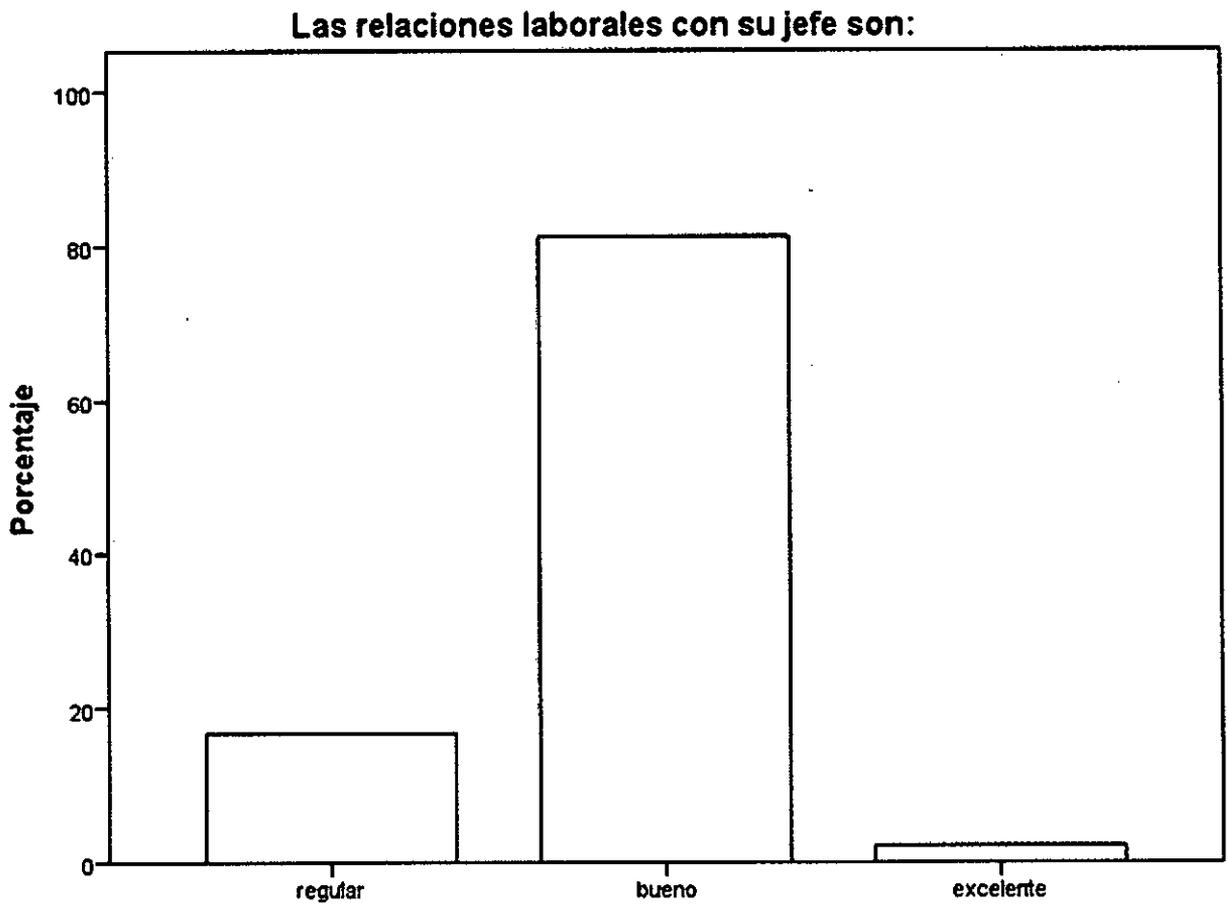


Tabla N° 4.49

Las relaciones laborales con su jefe son:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	39	16,7	16,7	16,7
	Bueno	190	81,2	81,2	97,9
	Excelente	5	2,1	2,1	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 49



Las relaciones laborales con su jefe son:

Tabla N° 4.50

Que necesita para incrementar la eficiencia de su servicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Motivación	32	13,7	13,7	13,7
	Actualización	88	37,6	37,6	51,3
	Remuneraciones	56	23,9	23,9	75,2
	Oportunidades	58	24,8	24,8	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4. 50

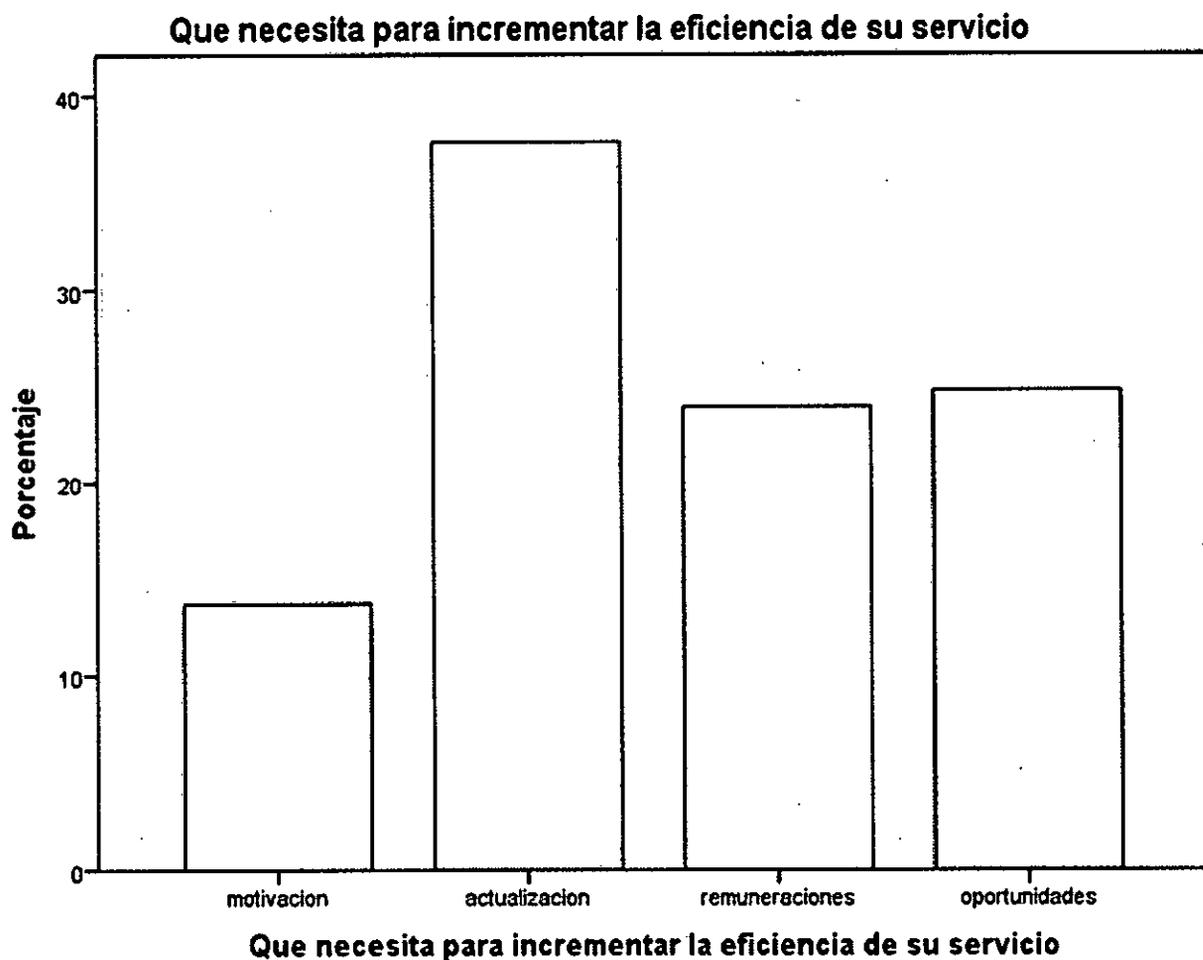
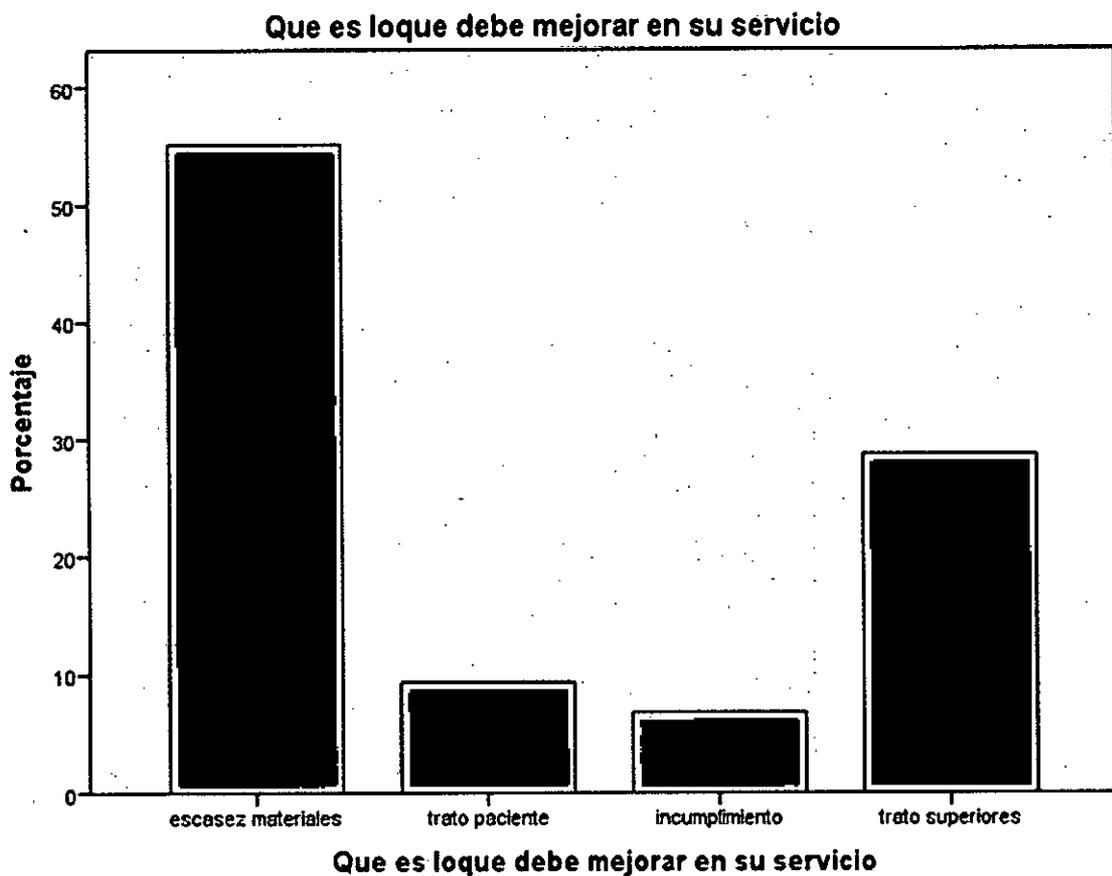


Tabla N° 4.51

Que es lo que debe mejorar en su servicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Escasez materiales	129	55,1	55,1	55,1
	Trato paciente	22	9,4	9,4	64,5
	Incumplimiento	16	6,8	6,8	71,4
	Trato superiores	67	28,6	28,6	100,0
	Total	234	100,0	100,0	

GRAFICA N° 4.51



Los resultados obtenidos son :

El rango de las edades de los usuarios que acuden a la consulta es de 17 a 20 años , el grado de instrucción es superior Desde la perspectiva de la calidad de atención que se brinda a los usuarios puede calificarse que el trato del médico sumado entre muy bueno , y bueno es de 75% ; el trato de la Psicóloga sumado entre muy bueno , y bueno es 50% ; el trato de la enfermera sumado entre muy bueno , y bueno es 57 % ; el trato del personal administrativo sumado entre muy bueno , y bueno es 53% ; y el trato del personal de seguridad sumado entre muy bueno , y bueno es 40 % . Referente a la comodidad de las instalaciones los usuarios refieren el 57% que son buenas. Se encontró relación estadística significativa entre las variables Calidad recibida en el servicio con la satisfacción por la atención recibida.

El 65% del personal de profesionales opino que las condiciones de trabajo son buenas , el 50% de las historias clínicas llegan a tiempo al consultorio , y el 65 % de profesionales también opino que la cantidad de pacientes que atienden en la consulta es el adecuado Los profesionales afirman en un 50% en que los pacientes llegan en buen estado de animo a la consulta .

El personal de profesionales refirió en un 65% tener equipos aceptables , y un 70% afirmo no haber recibido capacitación en los últimos dos años , asimismo el 100% respondió que le agrada el ambiente de trabajo .

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Contrastación de las Hipótesis

SUB HIPOTESIS N° 01

Tabla de contingencia Como evalúa la calidad del servicio de salud en el hospital *

Esta usted satisfecho con su trabajo

Recuento

		Esta usted satisfecho con su trabajo		Total
		si	no	
Como evalúa la calidad del servicio de salud en el hospital	pésimo	19	1	20
	malo	35	5	40
	regular	75	19	94
	bueno	55	25	80
Total		184	50	234

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,786 ^a	3	,020
Razón de verosimilitudes	10,708	3	,013
Asociación lineal por lineal	9,601	1	,002
N de casos válidos	234		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,27.

Contrastación de la Sub Hipótesis N°1

Ho: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que brinda está No está directamente relacionada con el nivel de satisfacción

Ha: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que brinda está Si está directamente relacionada con el nivel de satisfacción

Prueba Estadística: Prueba de Chi - Cuadrada

* Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

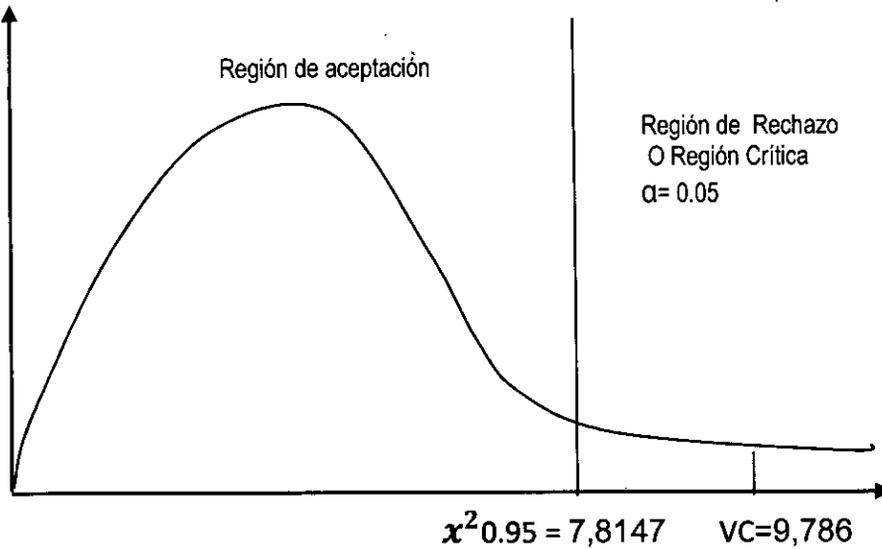
Grados de Libertad: 3

Punto Crítico: $\chi^2_{3(0.95)} = 7,8147$

Valor Calculado = 9,786

Sig., Asintótica = 0,020

GRAFICO



Decisión: El valor calculado se encuentra en la región de Rechazo, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis Nula.

Conclusión: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que brinda está está directamente relacionada con el nivel de satisfacción

SUB HIPOTESIS N° 02

Tabla de contingencia ¿Cómo estima usted que es la calidad de su trabajo? * Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo

Recuento

		Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo		Total
		si	no	
¿Como estima usted que es la calidad de su trabajo?	regular	43	0	43
	bueno	153	4	157
	excelente	27	7	34
Total		223	11	234

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,902 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	16,907	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,977	1	,000
N de casos válidos	234		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,60.

Contrastación de la Sub Hipótesis N°2

Ho: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que ofrece, NO está directamente relacionada con el nivel de capacitación que tiene el personal

Ha: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que ofrece, está directamente relacionada con el nivel de capacitación que tiene el personal

Prueba Estadística: Prueba de Chi - Cuadrada

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

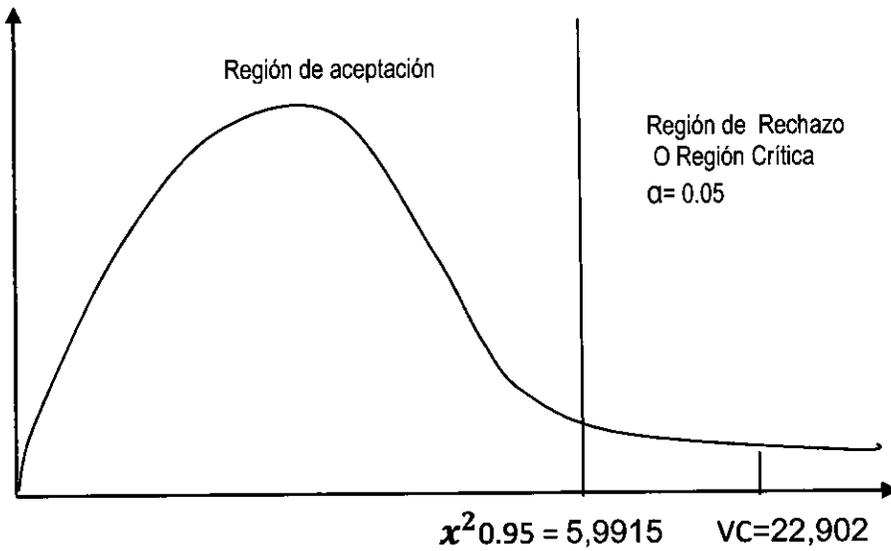
Grados de Libertad: 2

Punto Crítico: $X^2_{2(0.95)} = 5,9915$

Valor Calculado = 22,902

Sig., Asintótica = 0,000

GRAFICO



Decisión: El valor calculado se encuentra en la región de Rechazo, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis Nula.

Conclusión: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que ofrece, está directamente relacionada con el nivel de capacitación que tiene el personal.

SUB HIPOTESIS N° 03

La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda esta directamente relacionado con el tiempo promedio que esperan los pacientes para recibir atención en una consulta externa.

Tabla de contingencia ¿Cómo evaluaría la calidad de su servicio? * El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:

		El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:				Total
		muy inadecuado	poco adecuado	indiferente	adecuado	
¿Cómo evaluaría la calidad de servicio?	regular	7	4	2	2	15
	bueno	33	61	57	29	180
	excelente	2	6	17	14	39
Total		42	71	76	45	234

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,195 ^a	6	,000
Razón de verosimilitudes	23,373	6	,001
Asociación lineal por lineal	19,045	1	,000
N de casos válidos	234		

a. 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,69.

Contrastación de la Sub Hipótesis N°3

Ho: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda NO está directamente relacionado con el tiempo promedio que esperan los pacientes para recibir atención en una consulta externa.

Ha: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda está directamente relacionado con el tiempo promedio que esperan los pacientes para recibir atención en una consulta externa.

Prueba Estadística: Prueba de Chi - Cuadrada

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

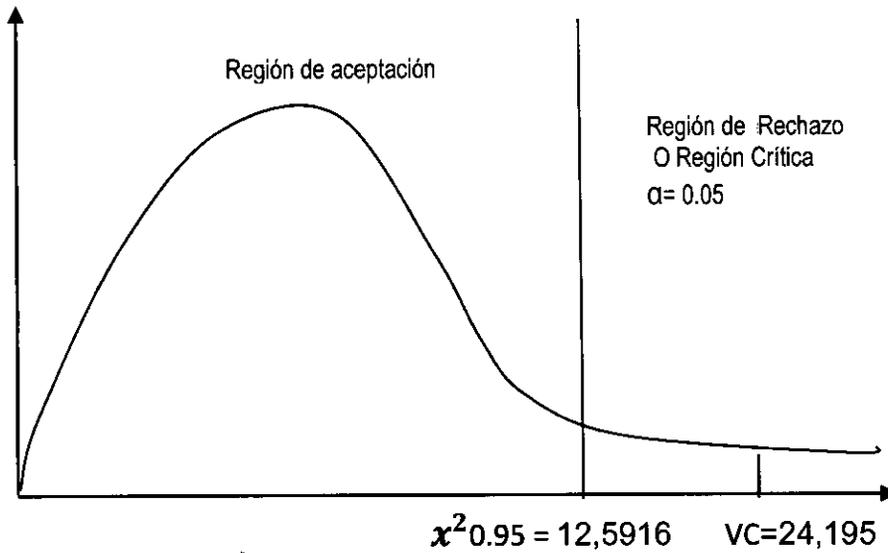
Grados de Libertad: 6

Punto Crítico: $X^2_{6(0.95)} = 12,5916$

Valor Calculado = 24,195

Sig., Asintótica = 0,000

GRAFICO



Decisión: El valor calculado se encuentra en la región de Rechazo, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis Nula.

Conclusión: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda está directamente relacionado con el tiempo promedio que esperan los pacientes para recibir atención en una consulta externa.

SUB HIPOTESIS N° 04

Tabla de contingencia ¿Cómo evaluaría la calidad de su servicio? * Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido

Categoría		Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido				Total
		pésimo	malo	regular	bueno	
Categoría	regular	3	0	12	0	15
	bueno	11	23	107	39	180
	excelente	1	5	25	8	39
Total		15	28	144	47	234

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,406 ^a	6	,077
Razón de verosimilitudes	14,830	6	,022
Asociación lineal por lineal	2,221	1	,136
N de casos válidos	234		

a. 5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,96.

Contrastación de la Sub Hipótesis N°4

Ho: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda NO está directamente relacionado con la infraestructura con que dispone el servicio de neonatología del Hospital de san Juan de Lurigancho SISOL

Ha: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda está directamente relacionado con la infraestructura con que dispone el servicio de neonatología del Hospital de san Juan de Lurigancho SISOL

Prueba Estadística: Prueba de Chi - Cuadrada

Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

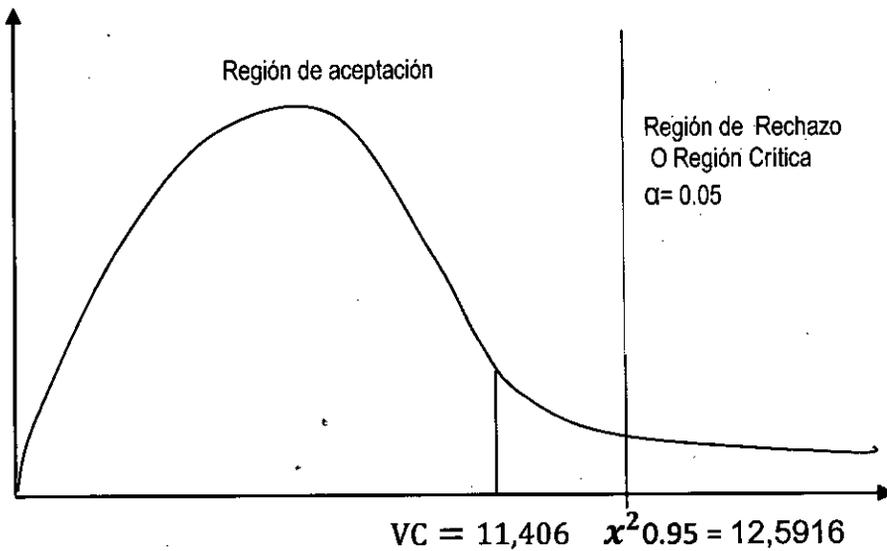
Grados de Libertad: 6

Punto Crítico: $X^2_{6(0.95)} = 12,5916$

Valor Calculado = 11,406

Sig., Asintótica = 0,077

GRAFICO



Decisión: El valor calculado se encuentra en la región de Aceptación, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis Alternativa.

Conclusión: La calidad que el servicio de neonatología del hospital de san Juan de Lurigancho SISOL que rinda NO está directamente relacionado con la infraestructura con que dispone el servicio de neonatología del Hospital de san Juan de Lurigancho SISOL

CONCLUSIONES

1. La eficiencia está condicionada por la duplicidad en la provisión de servicios entre instituciones públicas y la débil articulación entre las mismas así como por la escasa coordinación entre niveles asistenciales
2. Ausencia de estructura circuitos y mecanismos reglados y generalizados para recoger la opinión de los usuarios que identifican las causas de la calidad con el trato y la información y centran sus quejas en aspectos estructurales (falta de recursos humanos e inadecuación de edificios) y organizativos (sistemas de citas , horarios y tiempos de espera)
3. Además, se observó que la gerencia no considera las sugerencias que realiza el personal en pro del buen desempeño del hospital de San Juan de Lurigancho SISOL , lo cual trae como consecuencia la pérdida de interés de los empleados para aplicar correctivos en los problemas que pudiesen presentarse.
4. Por último, la evaluación de la calidad de atención al usuario del hospital de San Juan de Lurigancho SISOL , busca ofrecer una alternativa factible para el mejoramiento del problema existente en la institución bajo el parámetro del Gemba-Kaizen

RECOMENDACIONES

Es importante considerar que, tal como se a manifestado todo, es preciso dotar al Proyecto de continuidad , de forma que se asuma como una metodología de trabajo futura y no como algo puntual . Ello pasa por asumir que la calidad está dentro de las actividades cotidianas y precisa de la colaboración y el compromiso de todos los profesionales para que se produzca un cambio cultural que impregne a toda la organización en la evaluación , aprendizaje y mejora continua .

Así mismo, se sugiere implementar políticas de motivación e incentivos hacia los empleados, pues un empleado a gusto aumenta su productividad al máximo. Se propone crear un buzón de sugerencias o delegar en un departamento el manejo de las mismas, logrando con ello tomar medidas correctivas a tiempo y mejorar la calidad del servicio.

Para finalizar, se recomienda la creación de procedimientos estandarizados que permitan al personal realizar sus actividades de una manera óptima.

ANEXOS

ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS

Estadísticos

		edad	sexo	Estado civil	Grado de Instrucción	Qué tipo de transporte utiliza para llegar al hospital
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		29,71	1,62	2,29	2,03	1,11
Mediana		25,00	2,00	3,00	2,00	1,00
Moda		18	2	3	2	1
Desviación estándar		12,490	,488	1,006	,578	,310
Varianza		156,003	,238	1,012	,334	,096
Rango		40	1	3	2	1
Mínimo		17	1	1	1	1
Máximo		57	2	4	3	2

Estadísticos

		Acudió anteriormente al hospital	Si la respuesta es No como decidió atenderse en el hospital	Cuanto tiempo espero a ser atendido desde la hora que llegó al consultorio ; en minutos	Como lo trato el personal administrativo	Para usted.Cuál sería el mejor horario para la consulta
N	Válido	234	64	234	234	234
	Perdidos	0	170	0	0	0
Media		1,22	1,48	36,56	3,03	1,17
Mediana		1,00	1,00	30,00	3,00	1,00
Moda		1	1	30	3	1
Desviación estándar		,417	,504	12,508	,785	,385
Varianza		,174	,254	156,462	,617	,148
Rango		1	1	40	3	2
Mínimo		1	1	20	1	1
Máximo		2	2	60	4	3

Estadísticos

		Considera usted que el profesional que le brinda la atención comprende claramente lo que usted le explica	Usted comprende las explicaciones que le da el profesional	Conoce usted su diagnóstico	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	1,12	1,09	1,08	3,12	2,71
	Mediana	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00
	Moda	1	1	1	4	3
	Desviación estándar	,325	,292	,274	,917	1,028
	Varianza	,106	,086	,075	,841	1,057
	Rango	1	1	1	3	3
	Mínimo	1	1	1	1	1
	Máximo	2	2	2	4	4

Estadísticos

		¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	¿Cómo fue el trato del personal en el momento de su consulta o atención?	En qué medida se siente usted satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud	Recibió orientación oportuna y adecuada en el hospital
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	3,29	2,96	3,29	2,76	1,48
	Mediana	4,00	3,00	3,00	3,00	1,00
	Moda	4	3	4	3	1
	Desviación estándar	,898	,923	,809	1,061	,501
	Varianza	,806	,853	,655	1,125	,251
	Rango	3	3	3	4	1
	Mínimo	1	1	1	1	1
	Máximo	4	4	4	5	2

Estadísticos

		Si la respuesta es No entonces:	Como evaluaría la Infraestructura del hospital con respecto al servicio recibido	Como evalúa la calidad del servicio de salud en el hospital	¿Qué es lo que más le incomoda al recibir el servicio en el hospital?	El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en:
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		2,05	2,95	3,00	3,32	3,19
Mediana		2,00	3,00	3,00	4,00	3,00
Moda		3	3	3	4	4
Desviación estándar		,941	,760	,926	,851	,932
Varianza		,886	,577	,858	,724	,868
Rango		2	3	3	4	4
Mínimo		1	1	1	1	1
Máximo		3	4	4	5	5

Estadísticos

		El tiempo promedio que usted toma para su atención en el hospital es:	las condiciones que ofrece el hospital para desarrollar su trabajo es:	El número de personal de apoyo que trabaja con usted en la consulta es:	¿El sistema de los servicios de consultorios de la institución permite que el paciente llegue a la consulta en buen estado de ánimo?	Esta usted satisfecho con el trabajo que realiza en su consulta
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		2,53	3,63	1,35	1,14	1,16
Mediana		3,00	4,00	1,00	1,00	1,00
Moda		3	3	1	1	1
Desviación estándar		,998	,657	,512	,349	,366
Varianza		,997	,432	,262	,122	,134
Rango		3	2	2	1	1
Mínimo		1	3	1	1	1
Máximo		4	5	3	2	2

Estadísticos

		¿Cómo estima usted que es la calidad de su trabajo?	La historia clínica en el tiempo de llegada es el adecuado	Cuenta con personal adecuado para la atención del usuario	Los pacientes se sienten con un buen ánimo para recibir la consulta	Esta usted satisfecho con su trabajo
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		3,96	1,29	1,17	1,26	1,21
Mediana		4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Moda		4	1	1	1	1
Desviación estándar		,574	,455	,377	,440	,411
Varianza		,329	,207	,142	,194	,169
Rango		2	1	1	1	1
Mínimo		3	1	1	1	1
Máximo		5	2	2	2	2

Estadísticos

		¿Cómo evaluaría la calidad de su servicio?	¿Qué grado o título ha obtenido, marcar el mayor?	¿Qué posibilidades tiene usted para que lo coloquen en un puesto de mayor responsabilidad que el suyo?	En los últimos años asistió a eventos con más de 80 horas de capacitación y/o actualización	Los equipos con que cuenta el hospital son:
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		4,10	2,21	2,50	1,61	1,12
Mediana		4,00	2,00	3,00	1,00	1,00
Moda		4	2	3	1	1
Desviación estándar		,470	,478	,501	,763	,325
Varianza		,221	,229	,251	,582	,106
Rango		2	3	1	2	1
Mínimo		3	1	2	1	1
Máximo		5	4	3	3	2

Estadísticos

		Se siente satisfecho con su trabajo	Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son:	El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada	Los usuarios se van satisfecho con el servicio recibido	En el último año cuantas capacitaciones ha recibido
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	1,12	2,82	1,23	1,10	3,24
	Mediana	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00
	Moda	1	2ª	1	1	4
	Desviación estándar	,320	,973	,419	,304	,844
	Varianza	,103	,946	,176	,092	,713
	Rango	1	3	1	1	3
	Mínimo	1	1	1	1	1
	Máximo	2	4	2	2	4

Estadísticos

		Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejorar su trabajo	La capacitación recibida ha aplicado para mejorar su servicio	Propone usted iniciativas y alternativas para mejorar la calidad de su servicio	Las relaciones laborales con su jefe son:	Que necesita para incrementar la eficiencia de su servicio
N	Válido	234	234	234	234	234
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	1,05	1,30	1,09	3,85	2,60
	Mediana	1,00	1,00	1,00	4,00	2,00
	Moda	1	1	1	4	2
	Desviación estándar	,212	,461	,280	,409	1,007
	Varianza	,045	,212	,079	,168	1,014
	Rango	1	1	1	2	3
	Mínimo	1	1	1	3	1
	Máximo	2	2	2	5	4

Estadísticos

		Que es loque debe mejorar en su servicio
N	Válido	234
	Perdidos	0
Media		2,09
Mediana		1,00
Moda		1
Desviación estándar		1,328
Varianza		1,764
Rango		3
Mínimo		1
Máximo		4

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO SISOL – LIMA 2014

EL TESTIMONIO QUE UD. ANOTA EN ESTA ENCUESTA ES MUY SIGNIFICATIVA PARA
LA EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL
HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO SISOL – LIMA 2014

ENCUESTA A USUARIOS

I. DATOS DE ACCESIBILIDAD :

1. Edad:
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Estado Civil :
 Soltero () Casado () Conviviente () Viudo ()
4. Grado de instrucción
 Primaria () Secundaria () Superior ()
5. Qué tipo de transporte utiliza para llegar al hospital
 - 6.1 Transporte Publico ()
 - 6.2 Transporte Propio ()
6. Acudió anteriormente al hospital
 Si () No ()
7. Si la respuesta es NO como decidió atenderse en el hospital
 - 8.1 Por Recomendación ()
 - 8.2 Por iniciativa propia ()
8. Cuanto tiempo espero a ser atendido desde la hora que llego al consultorio; en minutos ()
9. Como lo trato el personal administrativo
 - 10.1 Excelente ()
 - 10.2 Bueno ()
 - 10.3 Regular ()
 - 10.4 Malo ()
 - 10.5 Pésimo ()
10. Para Ud. Cuál sería el mejor horario para la consulta externa .
 Mañana () Tarde () Noche ()
11. Considera Ud. Que el profesional que le brinda la atención comprende
 Claramente lo que Ud. Le explica.

Si ()

No ()

12. Ud. Comprende las explicaciones que le da el profesional.

Si ()

No ()

13. Conoce Ud. Su diagnóstico de su niño

Si ()

No ()

14. ¿Cómo fue el trato del médico - neonatología en el momento de su consulta o atención?

15.1 Muy bueno ()

15.2 Bueno ()

15.3 Regular ()

15.4 Malo ()

15.5 Pésimo ()

15. ¿Cómo fue el trato de la obstetra en el momento de su consulta o atención?

16.1 Muy bueno ()

16.2 Bueno ()

16.3 Regular ()

16.4 Malo ()

16.5 Pésimo ()

16. ¿Cómo fue el trato de la enfermera en el momento de su consulta o atención?

17.1 Muy bueno ()

17.2 Bueno ()

17.3 Regular ()

17.4 Malo ()

17.5 Pésimo ()

17. ¿Cómo fue el trato del personal administrativo en el momento de su consulta o atención?

18.1 Muy bueno ()

18.2 Bueno ()

18.3 Regular ()

18.4 Malo ()

18.5 Pésimo ()

18. ¿Cómo fue el trato del personal de seguridad en el momento de su consulta o atención?

19.1 Muy bueno ()

19.2 Bueno ()

19.3 Regular ()

19.4 Malo ()

19.5 Pésimo ()

19. En qué medida se siente Ud. Satisfecho de las atenciones u orientaciones recibidas de los profesionales de la salud.

20.1 Totalmente satisfecho ()

20.2 Parcialmente Satisfecho ()

20.3 Indiferente ()

20.4 Parcialmente Insatisfecho ()

20.5 Totalmente insatisfecho ()

20. Recibió orientación oportuna y adecuada en el hospital

Si ()

No ()

21. Si la respuesta es " No " , entonces:
- 22.1 Sería necesario recibir una cartilla de información
Con los pasos administrativos a seguir ()
 - 22.2 Sería suficiente una adecuada señalización ()
 - 22.3 Le agradecería que existiera un personal que le oriente ()
22. ¿Cómo evaluaría la infraestructura del hospital con respecto al servicio de salud recibido?
- 23.1 Excelente ()
 - 23.2 Bueno ()
 - 23.3 Regular ()
 - 23.4 Malo ()
 - 23.5 Pésimo ()
23. ¿Cómo evalúa la calidad del servicio en el hospital ?
- 24.1 Excelente ()
 - 24.2 Bueno ()
 - 24.3 Regular ()
 - 24.4 Malo ()
 - 24.5 Pésimo ()
24. ¿ Qué es lo que más le incomoda al recibir el servicio de salud en el hospital ?
- 25.1 Las colas ()
 - 25.2 La pérdida de tiempo ()
 - 25.3 La falta de información ()
 - 25.4 La calidad del servicio ()
 - 25.5 El trato del personal ()
25. El servicio de salud que ofrece el hospital tiene que mejorar en :
- 26.1 Equipamiento y tecnología ()
 - 26.2 La calidad de atención del personal ()
 - 26.3 La rapidez de los servicios administrativos ()
 - 26.4 Información y orientación oportuna al usuario ()
26. El tiempo promedio que Ud. Espera para ser atendido en el hospital es:
- 27.1 Muy adecuado ()
 - 27.2 Adecuado ()
 - 27.3 Indiferente ()
 - 27.4 Poco adecuado ()
 - 27.5 Muy inadecuado ()

Muchas Gracias .

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO SISOL – LIMA 2014

EL TESTIMONIO QUE UD. ANOTA EN ESTA ENCUESTA ES MUY SIGNIFICATIVA PARA
LA EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL
HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO SISOL – LIMA 2014

ENCUESTA A PROFESIONALES

1. Las condiciones que ofrece el hospital para desarrollar su trabajo es
 - 1.1 Excelente ()
 - 1.2 Bueno ()
 - 1.3 Regular ()
 - 1.4 Malo ()
 - 1.5 Pésimo ()
2. El número de personal de apoyo que trabaja con Ud. En la consulta es:
Insuficiente () Adecuado () Excesivo ()
3. ¿El sistema de los servicios de consultorios de la institución permite que paciente llegue a la consulta en buen estado de ánimo ?
Si () No ()
4. Esta Ud. Satisfecho con el trabajo que realiza en su consulta
Si () No ()
5. ¿ Cómo estima Ud. Que es la calidad de su trabajo ?
 - 5.1 Deficiente ()
 - 5.2 Malo ()
 - 5.3 Regular ()
 - 5.4 Bueno ()
 - 5.5 Excelente ()
6. La historia clínica está en el consultorio al inicio de su cita
Si () No ()
7. Cuenta con personal adecuado para la atención del usuario
Si () No ()
8. Los pacientes se sienten con buen ánimo para recibir la consulta
Si () No ()

9. Esta Ud. Satisfecho con su trabajo

Si () No ()

10. Como evaluaría la calidad de su servicio

10.1 Excelente ()

10.2 Bueno ()

10.3 Regular ()

10.4 Malo ()

10.5 Deficiente ()

11. Que Grado o Título a Obtenido . Marcar el mayor .

11.1 Grado de Bachiller ()

11.2 Título Profesional ()

11.3 Grado de Maestro ()

11.4 Grado de Doctor ()

12. ¿ Qué posibilidades tiene Ud. Para que lo coloquen en un puesto

de mayor responsabilidades que el suyo ?

12.1 Muchas posibilidades ()

12.2 Pocas posibilidades ()

12.3 Alguna posibilidad ()

12.4 Ninguna posibilidad ()

13. En los últimos cinco años asistió a eventos con más de 80 horas de capacitación y/o actualización :

13.1 Más de 6 eventos ()

13.2 De 3 a 5 eventos ()

13.3 De 1 a 2 eventos ()

13.4 Ningún evento ()

14. Los equipos con que cuenta el hospital son:

14.1 Inadecuado ()

14.2 Adecuado ()

Muchas Gracias

**UNIVERSIDAD NACI EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO
SISOL – LIMA 2014**

**EL TESTIMONIO QUE UD. ANOTA EN ESTA ENCUESTA ES MUY SIGNIFICATIVA PARA
LA EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL
HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO SISOL – LIMA 2014**

ENCUESTA A PERSONAL ADMINISTRATIVO

1. Se siente satisfecho con su trabajo :

Si () No ()

2. Las relaciones laborales con sus compañeros de trabajo son :

2.1 Excelente ()

2.2 Bueno ()

2.3 Regular ()

2.4 Malo ()

2.5 Pésimo ()

3. El hospital provee de materiales y equipos suficientes para la atención adecuada.

Si () No ()

4. Los usuarios de su servicio se van satisfechos con el servicio recibido:

Si () No ()

5. En el últimos año, cuántas capacitaciones ha recibido?

Ninguna () Una () Dos () Tres o más ()

6. Si ha recibido alguna capacitación, ha cubierto sus expectativas para mejor su trabajo :

Si () No ()

7. La capacitación recibida la ha aplicado para mejorar su servicio :

Si () No ()

8. Propone Ud. Iniciativas y alternativas para mejorar la calidad de su servicio

Si () No ()

9. Las relaciones laborales con su jefe inmediato son :

- 9.1 Excelente ()
- 9.2 Bueno ()
- 9.3 Regular ()
- 9.4 Malo ()
- 9.5 Pésimo ()

10. Que necesita para incrementar la eficiencia de su servicio

- 10.1 Mayor motivación de su jefe ()
- 10.2 Constante capacitación y actualización en la Especialidad ()
- 10.3 Mejores remuneraciones e incentivos económicos ()
- 10.4 Oportunidades de desarrollo personal ()

11. ¿ Qué es lo que debe mejorar en su servicio ?

11.1 Las condiciones físicas y la escasez de

- Materiales con los que se trabaja ()
- 11.2 El trato que se le da al paciente ()
- 11.3 El incumplimiento de funciones ()
- 11.4 El trato que recibe de sus superiores ()

Muchas Gracias

BIBLIOGRAFIA

1. BENDELL, TONY. Implementing quality in the public sector. London : Pitman, 1994.
2. BENDELL, TONY Ventajas competitivas a través del benchmarking : análisis comparativo de la competencia para obtener ventajas competitivas en nuestra empresa. Barcelona : Folio, 1994.
3. BROPHY, P. La démarche qualité : dans les bibliothèques du Royaume-Uni. Bulletin des Bibliothèques de France, 1998, v. 43, nº 1, p. 52-56
4. BROPHY, P., COULLING K. Quality Management for Information and Library Managers. Aldershot: Aslib-Gower, 1996
5. CARR, S.J. Strategic planning in libraries : an analysis of a managerial function and its application to library and information work. Library Management, 1992, v. 13, nº 5, p. 4-17
6. CLAYTON, C. Quality and the Public Services. Public Library Journal, 1993, v. 8, nº 1, p. 11-12
7. CHANG, A. Quality Access Service : Maximizing and Managing. Access Services in Libraries, 1992, v. 17, nº 1/2
8. COLOMER, M. ; SILLERAS, M.E.. Tecnología y calidad al servicio de los ciudadanos : propuesta de un marco teórico integrador para el estudio del usuario de información, Actas de las VI

Jornadas Españolas de Documentación. Fesabid'98 : los sistemas de información al servicio de la sociedad, 1998, p. 847-853

9. D'ALOS, A.; CORNELLA, A. : Calidad Total en los Centros de Documentación y Bibliotecas. IV Jornadas Españolas de Documentación Automatizada, 1994, p. 287-293

10. DAVENPORT, T.H. Innovación de procesos. Reingeniería del trabajo a través de la tecnología de la información. Madrid: Díaz de Santos, 1997

11. DRUMMOND, HELGA La calidad total: el movimiento de la calidad. Bilbao: Deusto 2000

12. DAWSON, A. Quality First: The Taywood Information Centre and BS5750. Aslib Information 1992, v. 20, 3, 112-115

13. HAYNES, M. ; WILSON, T. editors. Quality assurance in Libraries: the Health Care sector. Ottawa : Canadian Library Association, 1990

14. HAMMER MICHAEL Y CHAMPY JAMES Reingeniería de la empresa : Olvide lo que usted sabe sobre cómo debe funcionar una empresa. ¡Casi todo está equivocado! [Barcelona] : Parramón, D.L.1997

15. HAYES, BOB E. Cómo medir la satisfacción del cliente : desarrollo y utilización de cuestionarios. Barcelona : Ediciones Gestión 2000, S.A., 1995.

16. HOROVITZ, JACQUES La Calidad del servicio. Madrid: McGraw-Hill, DL 1993. -- (Cinco días : diario de economía y negocios. Libros de empresa ; 7)
17. GALGANO, ALBERTO. Los Siete instrumentos de la calidad total: manual operativo Madrid : Díaz de Santos, cop. 1995.
18. GALOWAY, DIANNE "Mejora Continua de Procesos". Barcelona: Gestión 2000; 1998
19. GOLDRATT, ELIYAHU M. El síndrome del pajar, Madrid : Diaz de Santos, D.L.1997
20. INTEGRATING Total Quality Management in a Library Setting. Journal of Library Administration, 1993, v. 18, n. 1/2
21. ISO 9000 for Libraries and Information Centres: a guide. Report of a project supported by NORDINFO. The hague: FID, 1995
22. JOHANSEN, C.G. The use of quality control. Principles and methods in Library and Information Science : theory and practice. Libri, 1992, v. 42, nº 4, p. 283-295
23. KELADA, PRODUCTIVITY "Reingeniería y Calidad Total" AENOR. 1998
24. KUAN-TSAE, HUANG Calidad de la información y gestión del conocimiento. Madrid AENOR 2000

25. KLEMPIN, H. Performance et démarche qualité : dans les bibliothèques publiques de la République Fédérale d'Allemagne. Bulletin des Bibliothèques de France, 1998, v. 43, n° 1, p. 65-71
26. MAYERE, A. ; MUET, F. La démarche qualité appliquée aux bibliothèques et services d'information : conception et spécificités, Bulletin des Bibliothèques de France, 1998, v. 43, n° 1, p. 10-18
27. MEYER, A. Renforcer la qualité à l'accueil : dans les bibliothèques de Lyon. Bulletin des Bibliothèques de France, 1998, v. 43, n° 1, p. 30-34
28. MICHEL, J. Pratique du management de l'information: analyse de la valeur et résolution de problèmes. Paris : ADBS, 1992
29. MOORES, B. Concepts of Quality and Quality Management in Industry and the Service Sector. En: IFLA General Conference and Council Meeting, Barcelona 1993. COD 141-SOC/RTLM-E
30. MOSCOSO, P. ; EXTREMEÑO, A. El control de calidad en bases de datos de Ciencias Sociales. Boletín de la ANABAD, 1998, v. XLVIII, n° 1, p. 231-253
31. PÉREZ FERNÁNDEZ DE VELASCO, JOSÉ ANTONIO. Gestión de la calidad orientada a los procesos. Madrid : Esic, 1999
32. PINTO, M. Gestión de calidad en Documentación. Anales de Documentación, 1998, v.1, p. 171-183
33. QUALITY Improvement Programs in ARL Libraries. SPEC: Systems and Procedures Exchange Centre. Association of Research Libraries, Kit 196, September 1993

34. RAMSDALE, P. The quality issue: library statistics in Europe. Seminario de Trabajo sobre Estadísticas de Bibliotecas (1997. Luxemburgo)
35. RASOLO, M. L'Institut de l'information scientifique et technique à l'ère de la qualité. Bulletin des Bibliothèques de France, 1998, v. 43, n° 1, p. 39-43
36. SANCHÉZ PAUS HERNÁNDEZ, L.. Concepto de formación de usuarios : claves para un servicio de calidad. Educación y Biblioteca, 1997, v.9, n°84 , p.44-47
37. SUTTER, E. La démarche qualite en bibliotheque : questions-reponses. Bulletin des Bibliothèques de France, 1998, v. 43, n° 1, p. 20-23
38. SUTTER, E. Maitriser l'information pour garantir la qualité. Paris: Afnor, 1993
39. SUTTER, E. Services d'information et qualité. Paris : ADBS, 1992
40. SALGUEIRO, A. Como mejorar los procesos y la productividad. Madrid : AENOR, D.L.1999
41. SENLLÉ, ANDRÉS Calidad total en los servicios y en la administración pública / Andrés Senlle. -- Barcelona : Gestión 2000, cop. 1993.
42. SENLLÉ ANDRES Y VILAR JOAN "ISO 9000 en empresas de servicios", Gestión 2000. cop 1996

43. TERRONES PLAZA, A. Citius, altius, fortius...: TQM en bibliotecas públicas. Educación y Biblioteca , 1997 v. 9, nº78, p. 58-65
44. VALLS, A.; CASADO, L. El cambio hacia la calidad de servicio. Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios, 1994, n. 35. p. 55-70
45. VAYSSADE, C. La démarche qualité á l'Agence Bibliographique Nationale. Bulletin des Bibliothéques de France, 1998, v. 43, nº 1, p. 35-38
46. WEDLAKE, L.J. An introduction to quality assurance and guide to implementation of BS 5750. Aslib Proceedings, 1993, v. 45, nº 1, p. 23-30
47. WHITEHALL, T. Quality in library and information services : a review. Library Management, 1992, v. 13, nº 2, p. 23-35
48. ZAÏDI, A.. QFD : despliegue de la función de la calidad. Madrid : Díaz de Santos, cop. 1993.