

# Modelo de gestión estratégica para mejorar la calidad de los servicios de salud e ingresos económicos del Hospital Regional Docente de Trujillo

July M. Santillán Fernández<sup>1</sup>, Francisco O. Asmat Valdivia<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Regional Docente de Trujillo – Oficina de Economía; jumar1201@yahoo.es;

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Trujillo – Facultad de Ciencias Económicas; fastmatv@gmail.com

Recibido: 28-05-2014

Aceptado: 20-10- 2014

## RESUMEN

En la presente investigación se realizó el diagnóstico de tres factores: Productividad, Situación Financiera - Presupuestal, y Satisfacción del Usuario Externo, esto permitió evaluar y determinar las deficiencias que se presentan en la gestión del Hospital Regional Docente de Trujillo; para proponer un modelo de gestión estratégico basado en el modelo de calidad de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM); el cual de las pautas necesarias para mantener la competitividad del hospital ante el surgimiento de nuevos competidores en los últimos años; ofertando servicios de calidad a precios accesibles a la comunidad; asimismo lograr utilizar los recursos de manera eficiente y eficaz, minimizar costos e incrementar los ingresos económicos. En primer lugar se recopiló información financiera y presupuestal, producción de los diferentes departamentos y/o servicios. En segundo lugar se aplicó una encuesta a los usuarios externos para medir el nivel de satisfacción de los servicios de salud recibidos. Al analizar la información recopilada se obtuvo como resultados: i) La producción tuvo una tendencia decreciente especialmente en los servicios de consulta externa 9% y hospitalización 13%, ii) También los ingresos propios tuvieron una tendencia decreciente 17%, iii) Existe un alto nivel de insatisfacción del usuario respecto a la calidad de los servicios de salud, iv) El 44.6% de los encuestados manifestaron que el principal motivo porque acudían al hospital eran los bajos precios y el 30% porque son pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud. Existe una relación directa entre calidad, producción e ingresos económicos y que la gestión de calidad total tiene que estar más estrechamente unida a la gestión estratégica, y consiguientemente con una implicación más profunda de la alta dirección.

**Palabras clave:** Modelo de gestión estratégica, Fundación Europea para la gestión de la calidad (EFQM); calidad de los servicios de salud, ingresos económicos.

## ABSTRACT

In the present investigation was carried out the diagnosis of three factors: productivity, financial situation - budget, and satisfaction of the external user, this allowed evaluating and determining deficiencies that arise in the management of the Hospital Regional Docente de Trujillo; to propose a strategic management model based on the quality model of the European Foundation for Management of Quality (EFQM); which guidelines necessary to maintain the competitiveness of the hospital before the emergence of new competitors in recent years; offering quality services at accessible prices to the community; also achieve use resources efficiently and effectively in order to minimize costs and increase economic incomes. Firstly, it was collected financial – budget and production information. Secondly, a survey was applied to external users (patients and/or companions) to measure the level of satisfaction of the health services received. By analyzing the collected information was obtained as results: i) The production had a decreasing trend especially in outpatient services 9% and hospitalization by 13%, ii) also own revenues had a decreasing trend 17%, iii) There is a high level of dissatisfaction of the user with respect to the quality of the health services, iv) The 44.6% of respondents stated that the main reason because they came to the hospital were low prices and 30% because they are patient affiliated to Integral Health Insurance. There is a direct relationship between quality, production and economic incomes and total quality management must be more closely linked to strategic management, and consequently with a deeper involvement of senior management.

**Keywords:** model of strategic management, European Foundation for Quality Management (EFQM); quality of the health services, economic income.

## I. INTRODUCCIÓN

En el transcurso del tiempo la definición del término calidad ha evolucionado y experimentado cambios trascendentales hasta llegar al que actualmente conocemos como calidad total, también denominado Excelencia.

Antes la calidad se entendía como:

*El cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio. (Varo 1994:7)*

Luego fue evolucionando y se definió como:

*El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades manifiestas o implícitas. (ISO 9004:2)*

El concepto más reciente de calidad engloba todos los ámbitos de la organización y se define actualmente como:

*Todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general. (EFQM 1991)*

Esta última definición engloba las anteriores definiciones; al mismo tiempo con esta evolución también se han ido mejorando los mecanismos mediante los cuales las organizaciones han gestionado la calidad. Con la primera definición surgió el **control de calidad**, con la segunda definición surgió el **aseguramiento de la calidad** y **gestión de la calidad**; posteriormente con la tercera definición surgieron varios términos como: Total Quality Management, Company Wide Quality Control, etc.; simplificando estos términos podemos traducirlo como Calidad Total o Excelencia y esta su vez se traduce en:

**“La calidad Total es una estrategia global de gestión de toda la organización.”**

En el Prefacio de la Tercera Edición de su libro Control de la Calidad Total (1983), Feigenbaum sostiene que la calidad ha llegado a ser la fuerza más importante conducente al éxito organizacional y al crecimiento empresarial en los mercados nacionales e internacionales. Además expone que: “la calidad es, en esencia, un camino para administrar la organización”.

Feigenbaum concibe la calidad total desde un enfoque sistémico, es decir como un conjunto de elementos interrelacionados, y estructurados para la consecución de objetivos comunes. Los elementos del sistema no los circunscriben sólo a una dimensión técnica de la empresa, sino que afecta a todos los procesos de la misma.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión del sector salud, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación inevitable del Estado. La calidad en la prestación es condición de eficiencia y eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. (Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, 2006: 5).

La alta gerencia es responsable del sistema y que gran parte de las deficiencias de los procesos para la prestación de los servicios de salud derivan del sistema, la alta gerencia es la responsable en mayor medida de dichos procesos defectuosos y no los trabajadores. Si la alta gerencia quiere cumplir con la responsabilidad que le corresponde en esta época de gran competitividad; debe llevar a cabo determinadas acciones que le permitan hacer el cambio del sistema dentro de los alcances que le son permisibles, toda vez que debe regirse a los lineamientos, políticas y normatividad en salud dadas por el Estado Peruano.

Tomando la definición actual de calidad en la que involucra todos los ámbitos de la organización y busca que se satisfaga equilibradamente las necesidades y expectativas de todos los involucrados, inclusive de la sociedad en general y siendo una preocupación constante para el sector salud se propone un **Sistema de Gestión Estratégico** basado en el modelo de calidad European Foundation for Quality Management (EFQM), con la finalidad de **mejorar la calidad de los servicios de salud y por ende los ingresos económicos** del Hospital Regional Docente de

Trujillo; toda vez que existe una demanda insatisfecha por los servicios de salud que brinda esta institución lo cual ha sido aprovechado como una buena oportunidad de negocio y ha generado el surgimiento de nuevos competidores por parte del sector privado; **utilizar los recursos de manera eficiente y eficaz** para minimizar costos y evitar tener dificultades en su operatividad debido a falta de recursos económicos.

Este modelo europeo de Gestión de la Calidad Total propuesto posiciona la gestión de calidad total como un recurso estratégico efectivo, sirviendo a objetivos estratégicos y fundamentales de una organización, más que como una simple técnica. Asimismo este modelo busca el desenvolvimiento integral de toda la organización; así como de la comunidad en general.

El presente trabajo tiene como objetivo general proponer un Modelo de Gestión Estratégico para contribuir a la mejora de la calidad de atención de los servicios de salud e incrementar los ingresos económicos del Hospital Regional Docente de Trujillo, y como objetivos específicos i) Analizar el comportamiento de la producción de los diferentes servicios del hospital, ii) Analizar el comportamiento económico de los ingresos y gastos por toda fuente de financiamiento y/o Estados Financieros, iii) Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud prestados por el Hospital Regional Docente de Trujillo y iv) Proponer un modelo de gestión estratégica que contemple la mejora en la calidad de los servicios y en los ingresos económicos.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 Objeto de estudio

El objeto de estudio fue el Hospital Regional Docente de Trujillo, nivel III-1; establecimiento de salud del Estado que brinda prestaciones de salud a la población liberteña y zona norte del país.

La población estuvo conformada por el promedio del número de pacientes atendidos en los 05 últimos años; que es de 313971 pacientes y se determinó una muestra de 246.

### 2.2 Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

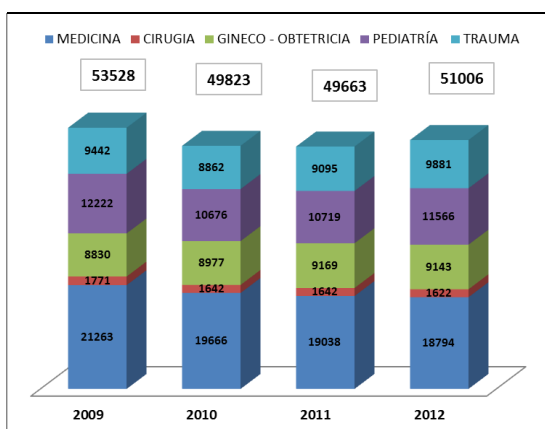
- Encuestas dirigidas a pacientes y/o acompañantes atendidos en los diferentes servicios que brinda el hospital.
- Análisis de datos de reportes financieros, presupuestales y de producción de los diferentes departamentos y/o servicios.

### 2.3 Métodos y técnicas

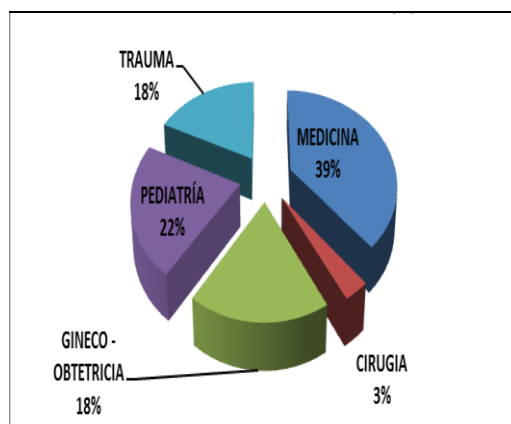
- La información sobre la producción de los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Trujillo se obtuvo de la base de datos de los Sistemas: HIS-MIS, Selección de Pacientes, Hospitalización y Emergencia de la Oficina de Estadística e Informática; posteriormente se filtró la información requerida para luego analizarla y mostrar su comportamiento en los 04 últimos años.
- La información financiera y presupuestal se obtuvo de los reportes emitidos por el Sistema Integrado del Sector Público SIAF-SP, se analizó y mostró su comportamiento en el tiempo.
- Con la recolección y análisis de la información obtenida se elaboraron algunos indicadores de gestión.
- Para el recojo de información sobre el nivel de satisfacción del usuario, se formuló una encuesta teniendo en cuenta las 03 dimensiones de la calidad en salud presentada por Avedis Donabedian. La encuesta fue aplicada a 300 usuarios de los diferentes servicios del Hospital Regional Docente de Trujillo, más de lo obtenido en la muestra (246), esto con la finalidad de tener una muestra más representativa debido a que algunos encuestados no han hecho uso de todos los servicios.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRODUCCIÓN

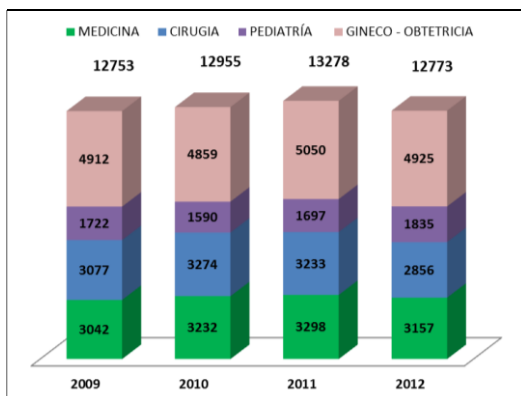


**Fig. 01:** Pacientes Atendidos en el Servicio de Emergencia por Especialidad

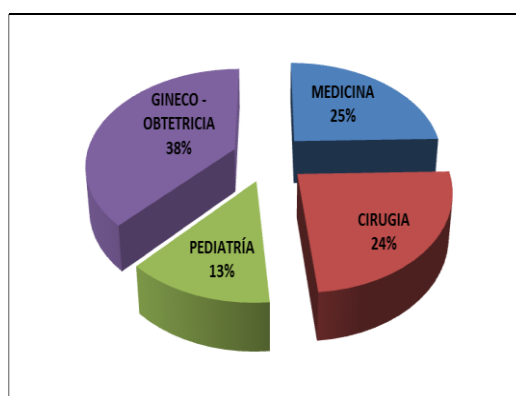


**Fig. 02:** Pacientes Atendidos en el Servicio de Emergencia por Especialidad (%)

En las Fig. 01 y 02 se puede observar que en los 04 últimos años, en el año 2009 se tuvo un mayor número de pacientes atendidos; en los años 2010 y 2011 disminuyó y en el año 2012 hubo un ligero incremento. La especialidad con mayor número de atenciones en el servicio de Emergencia es Medicina el cual representa en promedio el 39% del total de las atenciones en este Servicio, seguido de la especialidad de Pediatría con 22%.

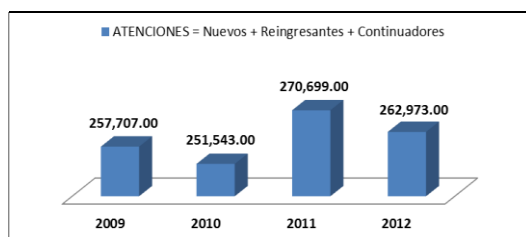


**Fig. 03:** Pacientes Atendidos en Hospitalización por Departamento

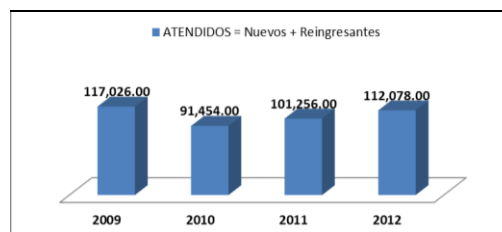


**Fig. 04:** Pacientes Atendidos en Hospitalización por Departamento (%)

En las Fig. 03 y 04 se puede observar que la tendencia de la demanda de pacientes hospitalizados entre los años 2009 y 2012 fue relativamente estable. El departamento con mayor número de pacientes hospitalizados en promedio es el Departamento de Gineco-Obstetricia con 38% del total de pacientes hospitalizados, seguido del Departamento de Medicina y Cirugía con 25% y 24% respectivamente.



**Fig. 05:** Número de Atenciones - Consulta Externa (Incluye: Consultorios – Especialidades, Programas y Apoyo al Diagnóstico)



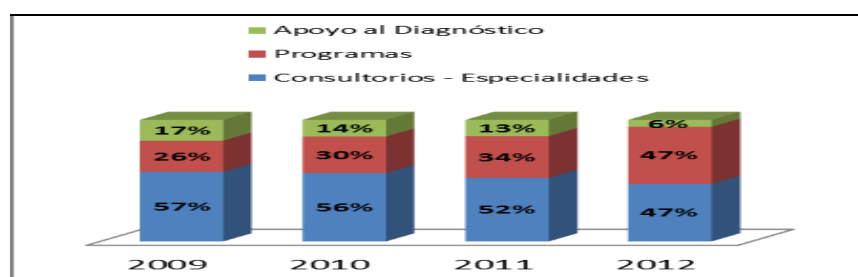
**Fig. 06:** Número de Atendidos - Consulta Externa (Incluye: Consultorios – Especialidades,

En la Figura 05 y 06 se observa que en el año 2010 el número de **atenciones** en Consulta Externa disminuyeron en 2% en relación al 2009, en el 2011 se incrementó en 8% y en el año 2012 disminuyó en 3%. En la Figura 06 se puede apreciar que en el año 2010 el número de **atendidos** en Consulta Externa disminuyeron en 22% en relación al 2009 y en los años 2011 y 2012 se tuvo una variación positiva de 11% en cada año.

**TABLA N° 01: DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES POR TIPO DE PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA**

Tipo Paciente	2011		2012		VARIACIÓN
		%		%	
SIS	37989	14.03	49540	18.84	30%
SOAT	89	0.03	41	0.02	-54%
COMUN	227781	84.15	207508	78.91	-9%
CONVENIO	3800	1.40	3721	1.42	-2%
PROGRAMA	1039	0.38	2164	0.82	108%
<b>TOTAL</b>	<b>270699</b>	<b>100</b>	<b>262973</b>	<b>100</b>	<b>-3%</b>

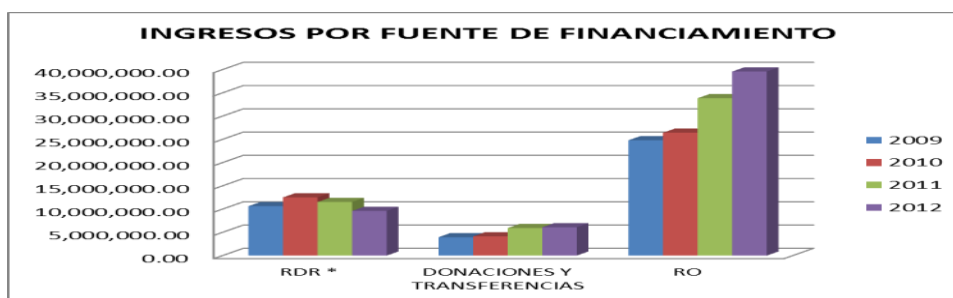
En la tabla N° 01 se observa que el mayor porcentaje de atenciones en consulta externa corresponde a la atención del paciente común (84.15% en el 2011 y 78.91% en el 2012) y en segundo lugar son los pacientes SIS (14.03% en el 2011 y 18.84% en el 2012); asimismo se observa que el número de atenciones a pacientes SIS se ha incrementado en el 2012 en 30% y el número de atenciones de pacientes comunes ha disminuido en 9%.



**Fig. 7:** Atenciones – Consulta Externa por Tipo de Atención en %

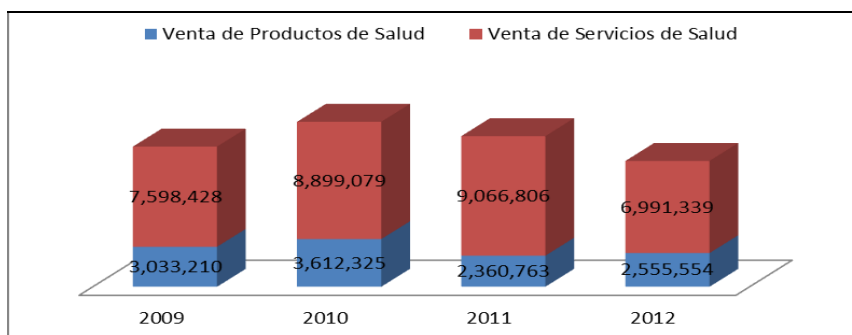
En la Figura 07 se muestra que en el 2010 las atenciones por Consultorios – Especialidad disminuyeron en 3.92% en relación al año 2009, en el año 2011 se mantuvo estable y en el año 2012 disminuyeron en 11.98%. En lo que respecta a las atenciones por Programas la tendencia fue ascendente, teniendo una variación de 13.65%, 23.44% y 32.84% respectivamente. Caso contrario sucedió con las atenciones de Apoyo al Diagnóstico que tuvo una tendencia decreciente presentándose una variación negativa de 21.39%, 4.68% y 58.66%, siendo el año 2012 el de menor número de atenciones.

### 3.2 . DIAGNÓSTICO SITUACIONAL FINANCIERO Y PRESUPUESTAL



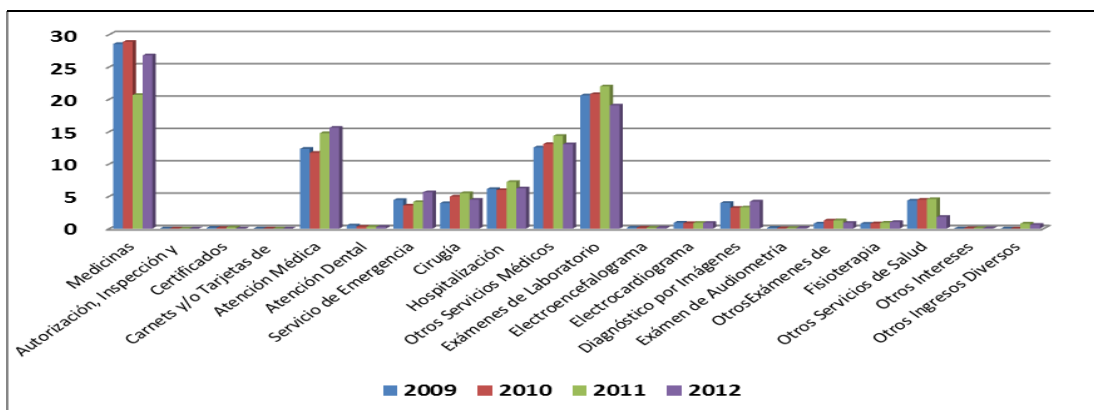
**Fig. 8:** Ingresos por Fuente de Financiamiento sin incluir Saldo de Balance y Donaciones.

La figura 08 muestra que los ingresos por la Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR), proveniente de la venta de servicios de salud y productos de salud (medicinas) en el año 2010 se incrementó en 18% en relación al 2009 y en el año 2011 y 2012 disminuyó en 8% y 17% respectivamente; es decir en los últimos dos años la tendencia de los ingresos por esta fuente es decreciente; los ingresos por la Fuente de Financiamiento Donaciones y Transferencias, proveniente de transferencias de dinero por la prestación de servicios y medicinas a pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) han sido ascendentes, habiéndose incrementando en el año 2011 en 43% y en el año 2012 en 3%; así mismo los ingresos por la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios (RO) ha ido en incremento teniendo una variación en el 2010 de 7%, en el 2011 de 28% y en el 2012 de 17%.



**Fig. 9:** Ingresos Por Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR)

En la figura 09 se observa que los Ingresos por la Fuente de Financiamiento por Venta de Productos de Salud (Medicinas) y Venta de Servicios de Salud en los años 2011 y 2012 han tenido una tendencia decreciente. Los ingresos por Venta Productos de Salud en el año 2011 disminuyeron en 35% y en el 2012 aumentó 8%; en lo que respecta a la Venta Servicios de Salud disminuyó en el 2011 un 8% y en el 2012 un 17%.



**Fig. 10:** Ingresos por Fuente de Financiamiento

Recursos Directamente Recaudados por Clasificador (%)

En las figuras 10 se muestra que la mayor captación de ingresos por la Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) fue por la venta de Medicinas el cual representa en promedio un 25% del total de los ingresos, asimismo otros conceptos por los que se obtuvieron mayores ingresos económicos fueron: Exámenes de Laboratorio, Atención Médica y Otros Servicios Médicos los cuales representan en promedio el 20.49%, 13.94% y 13.41% respectivamente.

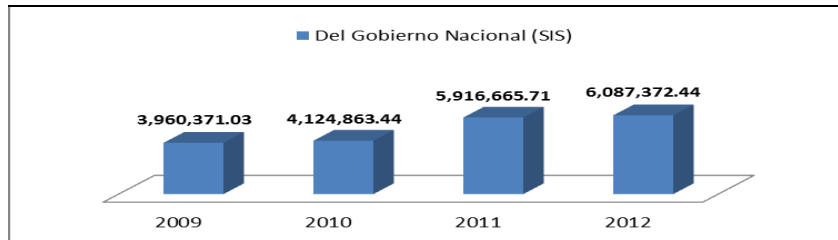


Fig. 11: Ingresos por Fuente de Financiamiento: Donaciones y Transferencias

En la figura 11 se observa que la tendencia de los ingresos por las transferencias recibidas del Gobierno Nacional, es decir por reembolsos por prestaciones de salud a pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) fue ascendente; en el 2010 se incrementaron en 4%, en el 2011 en 43% y en el 2012 sólo en 3%.

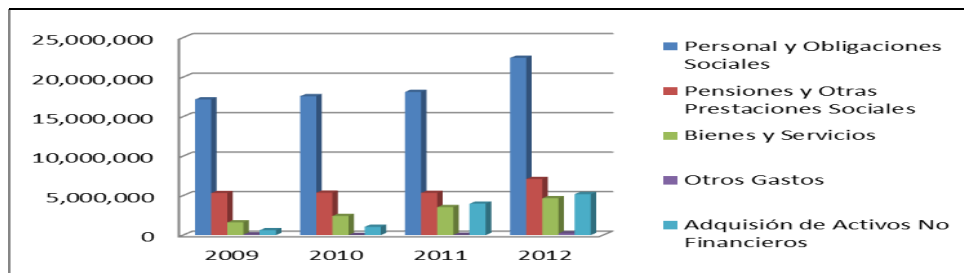


Fig. 12: Ingresos por Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios (RO) por Genérica de Gasto

En la figura 12 se muestran los ingresos que el Tesoro Público transfiere a la entidad por la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios ha sido ascendente y la genérica de gastos con mayor porcentaje (80% promedio) es “Personal y Obligaciones Sociales”; es decir dinero destinado al pago de sueldos y beneficios sociales del personal activo y cesante.

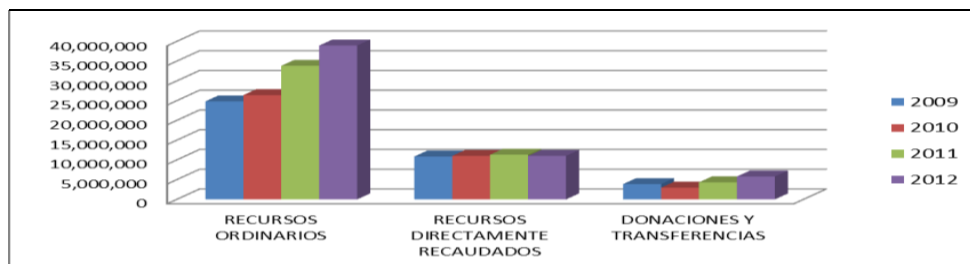


Fig. 13: Ejecución Presupuestal de Gastos por Fuente de Financiamiento

En la figura N° 13 se puede apreciar que la ejecución presupuestal de gastos por la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios (RO) se ha incrementado desde el año 2009 al 2012 en 57%, la ejecución de gastos por la Fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) se ha mantenido estable y en lo que respecta a la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias en el año 2010 la ejecución del gasto fue menor en un 23% con relación al año 2009 y en el 2011 y 2012 se incrementó en 45% y 34% respectivamente.

De la información financiera y presupuestal así como de la producción se han podido obtener indicadores de gestión, los cuales se detallan a continuación:

- **Productividad Económica:** Este indicador permite determinar el grado de recuperación de costos, mostrándonos cuanto genera el hospital en ingresos por las fuentes de financiamiento: Recursos Directamente Recaudados (RDR) y Transferencias del Seguros Integral de Salud (SIS), frente a los gastos corrientes incurridos para brindar servicios de salud, sin considerar el financiamiento por Recursos Ordinarios.

**Tabla 02:** Indicador de Productividad Económica

Resultados	2009	2010	2011	2012
	0.99	1.04	0.93	0.87

En el indicador de Productividad Económica se puede apreciar que en los últimos 04 años sólo en el año 2010 se ha obtenido un indicador positivo (1.04) y el grado de recuperación de costos más bajo ha sido en el año 2012 con 0.87; esto quiere decir que por cada sol de gastos corrientes en el año 2012 se ha obtenido S/. 0.87.

- **Recaudación de Ingresos Promedio por Trabajador:** Este indicador permite evaluar la gestión hospitalaria, en términos de generación de sinergias, expresados en promedios de recaudación de ingresos económicos por las fuentes de financiamiento: Recursos Directamente Recaudados (RDR) y Transferencias del Seguros Integral de Salud (SIS), por cada trabajador y por toda modalidad laboral, excepto las de las empresas subcontratistas de intermediación laboral.

**Tabla 03:** Indicador de Recaudación de Ingresos Promedio por Trabajador

Resultados	2009	2010	2011	2012
	18494.31	18059.42	22553.34	16213.34

En el indicador de Recaudación de Ingresos promedio por trabajador se muestra que el año con menor generación de ingresos por cada trabajador es el año 2012 con S/. 16213.34 promedio.

- **Porcentaje de Ejecución Presupuestal:** Este indicador permite evaluar la eficiencia del gasto, componente importante de la capacidad gerencial de quienes dirigen un hospital. Ofrece información útil para conocer la proporción del presupuesto que ha sido gastado durante un período. Para realizar los cálculos, se puede considerar el tiempo que corresponde al ejercicio presupuestal o al año calendario, pero es recomendable tomar períodos más cortos, por rubro, para lograr la máxima utilidad de este indicador, de tal manera que sea posible conocer el comportamiento del gasto y establecer medidas correctivas oportunamente.

**Tabla 04:** Indicador de Porcentaje de ejecución presupuestal

Resultados	2009	2010	2011	2012
	82.13	77.60	78.73	78.74

En el indicador de Porcentaje de Ejecución Presupuestal se muestra que el año 2009 se ejecutó un mayor porcentaje del presupuesto.



### 3.3 . DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

- Se aplicó la encuesta a 300 pacientes y/o acompañantes de pacientes de los servicios de Emergencia, Hospitalización, Consulta Externa, servicios de Apoyo al Diagnóstico (Laboratorio y Radiología), oficinas y/o áreas administrativas (Caja, Selección de Pacientes, Oficina de Seguros; Admisión de Emergencia y Farmacia) del Hospital Regional Docente de Trujillo, según tipo de paciente siendo el 48% paciente común y 52% pacientes SIS.
- El nivel de satisfacción de los encuestados respecto a los servicios en los que ha recibido atención, de acuerdo a los mayores porcentajes obtenidos en cada servicio fue: en el servicio de Emergencia el 52% su nivel de satisfacción es regular; en el servicio de hospitalización el 52% se encuentra satisfecho; en consulta externa el 49.8% se encuentra satisfecho; en laboratorio y radiología el 70.2% y 82.9% respectivamente se encuentran satisfechos; en Farmacia el 59.5% se encuentra satisfecho; en Selección de Pacientes un 46.4% se encuentra satisfecho; en Caja el 56.3% se encuentra satisfecho; con respecto a la Oficina de Seguros el 62.9% considera que su nivel de satisfacción es regular; en Admisión de Emergencia el 42.1% se encuentra satisfecho.
- De la pregunta **¿Cuán satisfecho está usted con las siguientes características (dimensiones) de la calidad del servicio que se brinda en Emergencia?**  
Se determinó que los ítems “Trato que brinda el personal médico” y “Atención Profesional del Médico” son los que cuentan con mayor nivel de satisfacción con 59.2% y 67.3% respectivamente y los ítems Tiempo de espera, Información y/u Orientación y Limpieza y comodidad de los ambientes son los que cuentan con mayor nivel de insatisfacción con un 34.7%, 28.6% y 42.9% respectivamente.
- De la pregunta **¿Cuán satisfecho está usted con las siguientes características (dimensiones) de la calidad del servicio que se brinda en Hospitalización?**  
Los resultados de la encuesta determinaron que los ítems “Información y/u Orientación”, “Trato que brinda el personal médico” y “Atención Profesional del Médico” son los que cuentan con mayor nivel de satisfacción con 75% y los ítems que cuentan con un mayor nivel de insatisfacción son Tiempo de espera, Equipos médicos y/o mobiliarios con un 8.3% y Limpieza y comodidad con 16.7%.
- De la pregunta **¿Cuán satisfecho está usted con las siguientes características (dimensiones) de la calidad del servicio que se brinda en Consulta externa?**  
Se determinó que los ítems Trato que brinda el personal médico 79.1% e Información sobre su enfermedad y tratamiento 80.8% son los que cuentan con mayor nivel de satisfacción y los ítems tiempo de espera 32.6% trato que brinda el personal administrativo 20.6% y Limpieza y Comodidad de los ambientes 15.9% cuentan con un mayor nivel de insatisfacción.

**TABLA N° 05:** DISTRIBUCIÓN DEMOTIVOS POR LOS QUE LOS PACIENTES UTILIZAN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

**TABLA N° 5.1**

<b>Motivos por los que Utiliza los Servicios del Hospital</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
PRECIOS	193	44.6
ATENCIÓN PROFESIONAL	76	17.6
EQUIPAMIENTO	4	0.9
CALIDEZ	13	3.0
INFRAESTRUCTURA	0	0.0
<b>OTROS</b>	<b>147</b>	<b>33.9</b>

**TABLA N° 5.2**

<b>OTROS</b>	ni	%
CERCANÍA	8	1.8
PACIENTE. SIS	130	30.0
POR EMERGENCIA	1	0.2
POR RECOMENDACIÓN	6	1.4
REFERIDO	2	0.5

En la tabla N° 05 muestra que el mayor porcentaje 44.6% de los encuestados indican que el principal motivo por los que utilizan los servicios del hospital es el “precio”, el 30% indica que utilizan los servicios porque son “pacientes SIS” y el 17.6% por “la atención profesional”.

**TABLA N° 06:** DISTRIBUCIÓN DE SUGERENCIAS PARA LA MEJORA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

<b>SUGERENCIAS</b>	<b>ni</b>
MEJORAR SERVICIOS HIGIÉNICOS	48
MEJORAR LA ATENCIÓN	33
MEJORAR EQUIPAMIENTO Y/O MOBILIARIO MÉDICO	19
MEJORAR TRATO AL PACIENTE	19
CAPACITAR AL PERSONAL	15
DISMINUIR TIEMPO DE ESPERA	14
BRINDAR MAYOR INFORMACIÓN AL USUARIO	13
MEJORAR LIMPIEZA	13
MEJORAR AMBIENTES	12
MEJORAR ATENCIÓN EN CAJA	14
CONTRATAR MAS PERSONAL	6
MEJORAR ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS	6
AMPLIAR AMBIENTES	5
MEJORAR LA ATENCIÓN EN SELECCIÓN DE PACIENTES	7
DAR MAYOR COMODIDAD	3
MEJORAR ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	7
MEJORAR LA ATENCIÓN EN EL SIS	4
MEJORAR ATENCIÓN PERSONAL ADMINISTRATIVO	2
RENOVAR PERSONAL	2
CONTROLAR PERMANENCIA DEL PERSONAL EN SU PUESTO	1
MAS ORDEN EN LOS CONSULTORIOS	1
MEJOR ORGANIZACIÓN	1
MEJORAR ATENCIÓN EN ADMISIÓN	1
MEJORAR ATENCIÓN EN ARCHIVO	1
MEJORAR KIOSKOS	1
MEJORAR LA ATENCIÓN EN EMERGENCIA	1

En la Tabla N° 06 se muestran las sugerencias de los encuestados para mejorar la calidad de los servicios del hospital presentándose con mayor frecuencia: mejorar los servicios higiénicos (48), mejorar la atención (33), mejorar el trato al paciente y el equipamiento y/o mobiliario médico (19).

#### **IV. DISCUSIÓN**

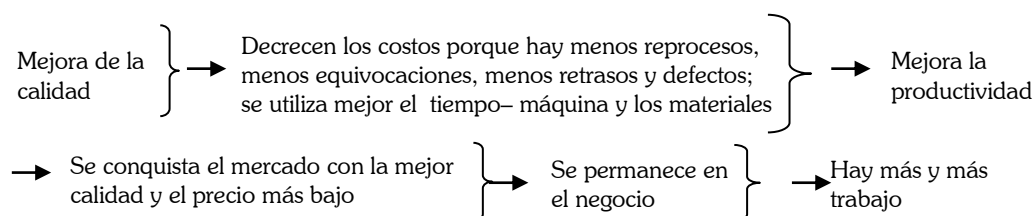
En primer lugar, es necesario indicar que es considerado como paciente común aquellos pacientes que pagan por los servicios de salud y cuyos pagos conforman los ingresos de la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) del Hospital Regional Docente de Trujillo;

y es considerado paciente SIS aquellos pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud los cuales son subsidiados o semi-subsidiados por el Estado y cuyos reembolsos por las prestaciones de salud brindados a dichos pacientes conforman los ingresos por la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias; asimismo la producción está conformada mayormente por las atenciones a pacientes comunes y pacientes SIS; siendo en mayor proporción las atenciones a pacientes comunes.

Del diagnóstico situacional de la producción se observó que en general la producción disminuyó en el 2012 debido a la menor atención de pacientes comunes en los diferentes servicios del Hospital Regional, como: en el servicio de hospitalización y consulta externa disminuyó en un 13 y 9% respectivamente; lo cual tuvo incidencia en el aspecto financiero tal como se evidencia en el diagnóstico situacional financiero y presupuestal (ver fig. N° 09) en el que se observa que los ingresos de la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados del año 2012 disminuyeron en 17%; esto se corrobora al aplicar el indicador de productividad económica en el cual se muestra indicadores negativos siendo el más bajo el de 0.87 en el año 2012 (ver tabla 02).

También se observa en la Tabla N° 10 que los clasificadores de ingresos y/o concepto por los que se obtienen en promedio mayor ingreso por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados son: i) venta de medicinas 25%, ii) Laboratorio 20% y iii) Atención médica en Consulta Externa 14%.; cómo podemos ver estos 03 rubros y/o conceptos conforman más del 50% de los ingresos por esta fuente de financiamiento; es por ello que la mejora de la calidad en estos servicios es prioritario.

Si se mejora la calidad, disminuye los costos; la reducción de los costos junto al mejoramiento de la calidad se traduce en mayor productividad y una empresa con mayor productividad es capaz de capturar un mercado cada vez mayor, lo cual le va a permitir permanecer en el mundo de los negocios conservando así las fuentes de trabajo para sus empleados. Este planteamiento lo indica Deming (1989:03) mediante la siguiente figura:



Por otro lado, si bien los ingresos por la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias tuvo un incremento de 3% en el 2012; esto particularmente al aumento de atenciones de pacientes SIS en hospitalización 13% y consulta externa 30%; sin embargo se puede ver que el incremento de los ingresos no es proporcional al incremento de la demanda de atención de pacientes SIS; por lo que se concluye que las políticas de Estado y la normatividad vigente respecto al Seguro Universal de Salud vienen teniendo implicancias negativas en el sostenimiento económico de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud por los siguientes motivos:

- 1) Los reembolsos por las prestaciones de salud brindadas son únicamente por los costos variables que se incurren en dichas prestaciones; es decir no incluyen costos fijos.
- 2) El Seguro Integral de Salud establece sus propias tarifas y estas son estandarizadas; las cuales en algunos casos están por debajo de los costos variables en que se incurren en la prestación de algún procedimiento médico.
- 3) El Ministerio de Salud ha establecido que para los establecimientos de salud con nivel III-1, nivel con que cuenta el hospital en estudio, el gasto máximo permitido por componente de gestión es de 36% sobre la trasferencia realizada; el cual es un porcentaje insuficiente para cubrir la totalidad de los gastos operativos en los que se incurre por la prestación de servicios de salud a pacientes SIS. Según la Resolución Ministerial N° 612-2010/MINSA en su artículo 3° define como componente de gestión: “a la valorización de los gastos que realizan los establecimientos de salud al realizar las labores administrativas encomendadas por el SIS”.

- 4) Existe una mayor demanda de pacientes SIS y una menor demanda de pacientes comunes por lo que la recaudación o captación de ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados de los establecimientos de salud viene disminuyendo generando problemas en la operatividad de éstos porque la mayor parte de los gastos operativos son cubiertos por esta fuente de financiamiento; es por ello que los gastos operativos deben ser cubiertos por las fuentes de financiamiento de manera proporcional según el tipo de pacientes que se atienden.

Podemos indicar además que del análisis de la información presupuestal se evidencia que la institución no ha venido teniendo un buen desempeño en la eficiencia del gasto ya que en los 03 últimos años sólo se ha ejecutado el 78.36% del presupuesto; habiéndose en el año 2012 revertido al Tesoro Público por la fuente Recurso Ordinarios (RO) S/. 641,228.61; lo cual evidencia que no hubo una adecuada planificación del gasto dinero que pudo haberse utilizado en la adquisición de bienes y/o servicios.

Del resultado de la aplicación de la encuesta se obtiene que las causas por las cuales los pacientes se encuentran insatisfechos de la calidad de atención médica que brinda el hospital son: Tiempo de espera prolongado para la atención, Falta de orientación y/o información al paciente, Falta de Limpieza e Higiene y Comodidad de los ambientes, Falta de equipos y o mobiliario médico, Mal trato al paciente; lo cual se puede corroborar con los resultados de las Tablas N° 5.1 y 5.2 en la que se muestra que los motivos principales por los que los pacientes utilizan los servicios del hospital son los “bajos precios” y el ser “pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS)” mas no por la buena calidad de los servicios que se brinda.

Cabe aclarar que, de acuerdo al sistema de referencias y contra-referencia del Ministerio de Salud, los pacientes de los establecimientos de salud de menor nivel deben referir a los pacientes a un establecimiento de mayor nivel para tratar patologías de mayor complejidad; y siendo el Hospital Regional Docente de Trujillo un establecimiento de salud de III Nivel está considerado como hospital de referencia, por ende los pacientes de los establecimientos de I y II nivel cuyas patologías lo ameriten y que correspondan a la jurisdicción son referidos al Hospital Regional Docente de Trujillo, por ello los pacientes SIS sólo pueden ser atendidos en el establecimiento de salud de referencia y no en el establecimiento de salud de su preferencia.

Al analizar en conjunto los 03 diagnósticos situacionales: Producción, Financiero - Presupuestal y Satisfacción del Usuario podemos concluir que la calidad de atención de los servicios que brinda el Hospital Regional Docente de Trujillo no es satisfactoria para el paciente; en consecuencia al haber una demanda insatisfecha han surgido nuevos establecimientos de salud privados que brindan un servicio con mejor calidad y a precios accesibles a la población liberteña generándose una fuerte competencia para el Hospital Regional Docente de Trujillo, lo cual es preocupante ya que al disminuir la demanda, disminuye la producción y por ende los ingresos económicos de la entidad y debe tenerse en cuenta que la mayor parte de los gastos operativos del hospital son cubiertos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados; es decir por sus ingresos propios.

El Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” (Ministerio de Salud, 2006) indica que el término de “atención médica” no solamente se refiere al ejercicio profesional de los médicos y/o profesionales de la salud; sino más bien debe entenderse como la atención que brindan todos aquellos que están involucrados en la atención de los usuarios de los servicios de salud. De igual modo, cuando se habla de “usuario” no se refiere únicamente al paciente sino también a sus acompañantes. Asimismo establece que la calidad de los servicios de salud que no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la institución y depende de todos.

La nueva concepción de calidad total, destaca la responsabilidad por la calidad para todas las funciones y personas de la empresa. Por consiguiente la calidad total no puede referirse a determinadas funciones u operaciones, sino que abarca a todas ellas, tanto las realizadas a nivel interno como las llevadas a cabo en las relaciones con el entorno. De este concepto, se deriva que la responsabilidad en la gestión del sistema ha de residir en los órganos de alta dirección de la empresa. Ureña (1998:89).

Para la mejora de la calidad en salud es necesario abordar las dimensiones de **calidad en salud** y la de mayor aceptación según el Ministerio de Salud es la propuesta por Avedis Donabedian las cuales son: los aspectos técnicos de la atención, referida a los aspectos científicos – técnicos de la atención, las relaciones interpersonales, que se establecen entre trabajador y usuario y el contexto o entorno de la atención, que implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio. (Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, 2006: 11).

## PROPUESTA

De los resultados mostrados producto de la realización del presente trabajo de investigación queda demostrado que la calidad es un elemento importante y primordial para que una organización sea competitiva y rentable; en este caso el Hospital Regional Docente de Trujillo busca ser competitivo en el mercado de la salud, pero por ser una institución del Estado no persigue fines de lucro sino más bien el bienestar de la comunidad; por lo que no se interesa por la rentabilidad sino más bien generar ingresos para la sostenibilidad de su operatividad; en consecuencia proponemos el modelo teórico: European Foundation for Quality Management (EFQM) que al ser aplicado adecuadamente en la entidad sujeto de estudio se logrará alcanzar el objetivo general propuesto en el presente trabajo.

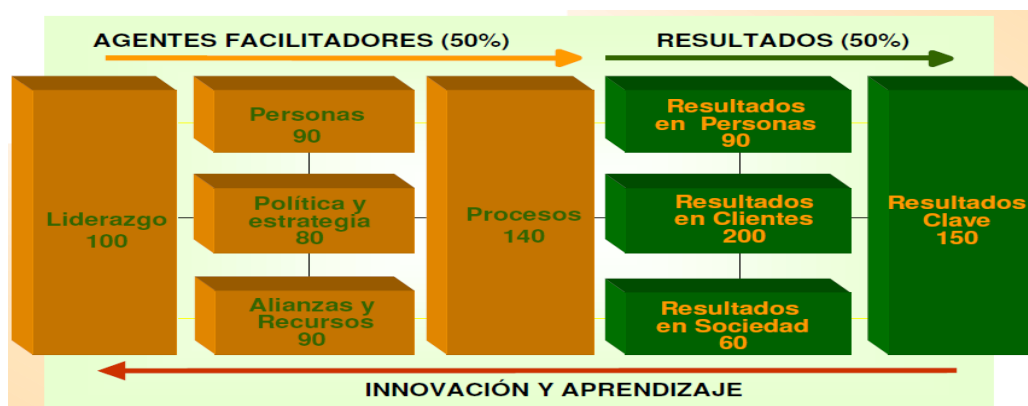
El modelo europeo constituye el fundamento del Premio Europeo a la Calidad y se basa en la premisa siguiente (EFQM; 1996):

*La satisfacción de clientes y empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia. La gestión del personal, los recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados empresariales.*

Según Muñoz (1999: 137) La Fundación Europea por la Gestión de la Calidad reconoce características diferenciales del sector público (las cuales pueden ser limitantes en la aplicación de algunos modelos de gestión de la calidad en este sector) e indica que se caracteriza por:

- Responder a estrategias y políticas que escapan a su control directo.
- Satisfacer a múltiples clientes que no necesariamente aceptan voluntariamente sus servicios.
- Verse limitado en la elección de mercados o grupos de clientes.
- Abordar las características del individuo estableciendo un equilibrio entre éstas y las de la comunidad, las del usuario del servicio y las del que no lo utiliza, las de quien se beneficia y las de quien no.
- Dar un servicio dentro de un entorno político, equilibrando las necesidades políticas y los requisitos del cliente.

Este modelo europeo analiza cómo la empresa combina factores y estrategias a través de sus procesos con objeto de producir ciertos resultados, es decir que el modelo denomina Agentes que proporcionan Resultados. Gráficamente el modelo europeo se representa con la figura siguiente:



**Fig. 14:** Criterios del Modelo Europeo y Puntuaciones  
Fuente: EFQM (1996:9)

Los motivos por los cuales se propone este modelo de calidad son:

- No sólo busca el desenvolvimiento de los procesos, productos y servicios sino más bien busca el desenvolvimiento integral de las organizaciones.
- Considera como parte de los resultados la proyección exterior que hace la dirección de su política de calidad, (impacto en la sociedad); resultado sumamente importante para las organizaciones estatales.
- Su concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo.
- El modelo no se contrapone a otros enfoques (aplicación de determinadas técnicas de gestión, normativa ISO, etc.), más bien busca la integración de los mismos en un esquema más amplio y completo de gestión.
- Es una herramienta de diagnóstico para determinar la salud actual de la organización, detectando puntos de mejora e implantando acciones que le ayuden a mejorar.
- Existe una relación de causa efecto entre agentes y resultados.
- El Modelo permite conectar gestión con resultados, directamente en los criterios con más interrelación, o a través de todas las actividades (procesos) de la cadena de valor de la empresa.

PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN ESTRATEGICA BASADO EN EL MODELO DE CALIDAD EFQM

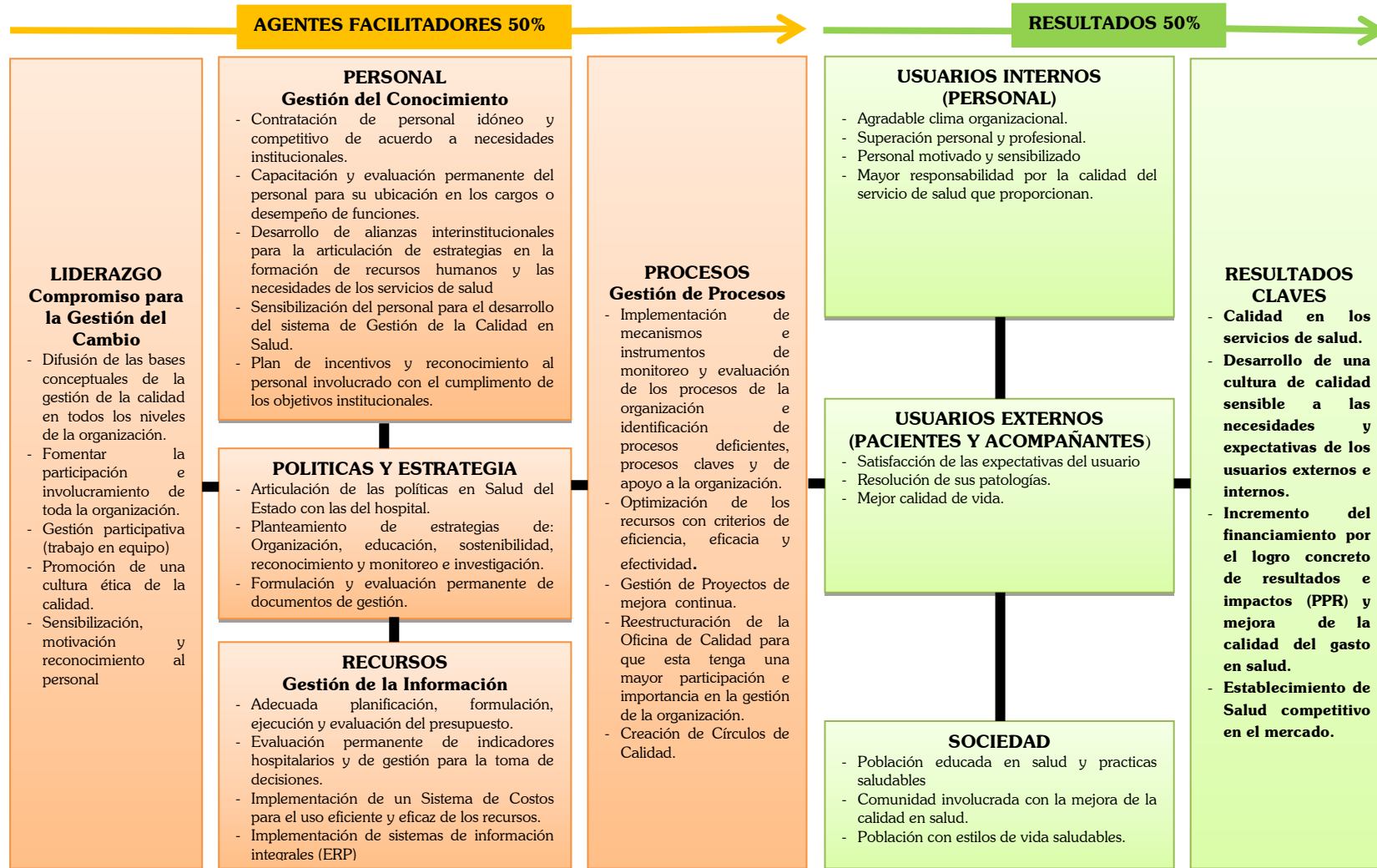


Fig. 15: Propuesta de Modelo de Gestión Estratégica basado en el Modelo de Calidad EFQM

- Resultados acordes con los lineamientos y objetivos trazados por el MINSA (Plan Nacional Concertado de Salud)
- Para el desarrollo del modelo se debe utilizar la lógica de REDER (Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión y Resultados).

## V. CONCLUSIONES

- La disminución de la producción en los diferentes servicios que brinda el Hospital Regional Docente de Trujillo disminuye también los ingresos de la fuente de Recursos Directamente Recaudados y por ende repercute en la operatividad de la entidad.
- Más del 50% de los ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Recaudados (RDR) son generados por los conceptos de: i) Venta de medicinas, ii) Laboratorio y iii) Atención médica en consulta externa.
- Incremento de la demanda de atención de pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) no es proporcional al incremento de ingresos por dichas prestaciones de salud.
- Políticas y normatividad del Estado que vienen teniendo implicancias negativas para la operatividad de los establecimientos de salud.
- Insatisfacción de los usuarios externos (pacientes y acompañantes) por la deficiente calidad de los servicios de salud que se brindan, lo cual es aprovechada por la competencia del sector privado.
- Falta de planificación y deficiente ejecución del presupuesto institucional.
- La gestión de calidad total debe estar estrechamente unida a la gestión estratégica, y consecuentemente con una intervención más profunda de la alta dirección.
- Existe una relación directa entre calidad, producción, competitividad e ingresos económicos.
- La propuesta del modelo de gestión estratégico basado en el modelo EFQM, es un modelo integrador y completo, es decir incluye además otros enfoques o modelos, asimismo considera dentro de sus criterios el de “**resultados en la sociedad**”, criterio fundamental para las organizaciones públicas.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DEMING W. EDWARDS. 1989. **Calidad, Productividad y Competitividad. La Salida de la Crisis.** Díaz De Santos. España.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. 1996. **Autoevaluación 1997. Directrices para Empresas.** EFQM- Club Gestión de Calidad. España.
- EVAN JAMES, R. y WILLIAM M. Lindsay. 2008. **Administración y Control de la Calidad.** Cengage Learning Editores (7ma Ed.). México.
- FEIGENBAUM, Armad Vallin. 1983. **Tratado de la Calidad Total.** (3era. Ed.). McGraw-Hill. EE.UU.
- MINISTERIO DE SALUD. 2006. **Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.** Diario Oficial El Peruano. 30 de mayo de 2006. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, pp. 320080
- MINISTERIO DE SALUD. 2010. **Modifican disposiciones aprobadas mediante las RR.MM. N° 422-2007/MINSA y 240-2009/MINSA referente a la Directiva que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud y al tarifario del SIS.** Diario Oficial El Peruano. 3 de agosto de 2010. Resolución Ministerial N° 612-2010/MINSA, pp. 423122.
- MUÑOZ MACHADO A. 1999. **La Gestión de la Calidad Total en la Administración Pública.** Díaz De Santos. España
- UREÑA LÓPEZ A. 1998. **Gestión Estratégica de la Calidad.** Director: Dr. Carlos Ángel Benavides Velasco. Universidad de Málaga. Departamento de Economía y Administración de Empresas. España.
- VARO, Jaime. 1994. **Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria.** Díaz de Santos. España.