



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y  
ADMINISTRATIVAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE  
EMPRESAS**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA PARA  
ALCANZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA  
UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL  
DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN EN LA  
CIUDAD DE BAGUA**

**Autor: Bach. Nivia Irigoin Salazar**

**Asesor: Mg. Cecil Wilmer Burga Campos**

Registro: (       )

**BAGUA GRANDE – PERÚ**

**2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y  
ADMINISTRATIVAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE  
EMPRESAS**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA PARA  
ALCANZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA  
UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL  
DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN EN LA  
CIUDAD DE BAGUA**

**Autor: Bach. Nivia Irigoín Salazar**

**Asesor: Mg. Cecil Wilmer Burga Campos**

Registro: (       )

**BAGUA GRANDE – PERÚ**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a:

Dios quien es mi guía en cada paso que doy, protegiéndome y brindándome las fuerzas para seguir día a día.

A mis padres Timotea Salazar y Román Irigoín, a mis hermanas quienes han estado siempre a mi lado apoyándome en cada reto que me propongo y es a ellos a quien debo mi educación y ejemplo para la dedicación en los estudios.

A mi hijo Evans Franco quien ha sido mi mayor motivación para no rendirme en los estudios y lograr ser un ejemplo para él.

**Nivia Irigoín.**

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

Dios por ser quien cuida mis pasos y bendecir mi vida con la hermosa oportunidad de estar junto a las personas que amo.

Agradezco a mis padres, por ser las principales personas promotoras de mis sueños, por haber puesto su confianza en mí y creer en mis expectativas, así mismo los agradezco por cada consejo y cada palabra alentadora que guiaron el cumplimiento de mis metas.

A mi hijo por ser mi orgullo y motivación, a mi pareja por su compañía y apoyo en los momentos y situaciones tormentosas.

A todos mis docentes que en transcurso de mi carrera universitaria han brindado a mi persona la mejor enseñanza, permitiéndome ampliar mi conocimiento profesional, además me dieron ánimos, exigencias y su amistad para lograr ser una administradora competente inculcándome el amor por mi carrera.

Al personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján, por su apoyo y seguimiento en el avance de la propuesta de la presente investigación, por haberme facilitado información relevante para el estudio y por el compromiso y confianza que me ofrecieron.

**Nivia Irigoin.**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE**  
**AMAZONAS**

---

**Dr. Policarpio Chauca Valqui**  
**RECTOR**

---

**Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón**  
**VICERRECTOR ACADÉMICO**

---

**Dra. Flor Teresa García Huamán**  
**VICERRECTORA DE INVESTIGACIÓN**

---

**Dr. Carlos Alberto Hinojosa Salazar**  
**DECANO**

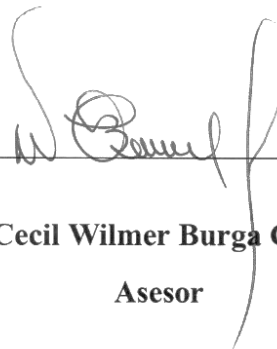
## VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Cecil Wilmer Burga Campos, docente de la facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de esta casa superior de estudios; como asesor de la tesis: **PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN EN LA CIUDAD DE BAGUA**, elaborado por la bachiller Nivia Irigoin Salazar, considero que cumple con los requisitos de fondo y de forma, por lo que DOY VISTO BUENO respectivo para su evaluación y sustentación correspondiente.

Por lo tanto:

Firmo la presente para mayor constancia.

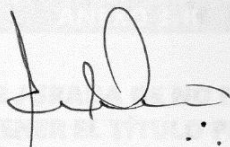
Bagua Grande, Setiembre del 2019.



Mg. Cecil Wilmer Burga Campos.

Asesor

**PÁGINA DE JURADO**



---

Econ. Carlos Raúl Poémape Oyanguren M.Sc.

**PRESIDENTE**



---

Mg. Adolfo Cacho Revilla

**SECRETARIO**



---

Mg. Fernando Rogelio Sánchez Altamirano

**VOCAL**



**ANEXO 3-K**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO DE TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL**

Yo Nivia Irigoín Salazar  
identificado con DNI N° 71414681 Estudiante( )/Egresado (x) de la Escuela Profesional de  
Administración de Empresas de la Facultad de:  
Ciencias económicas y administrativas  
de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

1. Soy autor de la Tesis titulada: Propuesta de un Plan de mejora para  
alcanzar la calidad de atención en la unidad de  
Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo  
Lanatta Luján en la ciudad de Bagua.  
que presento para  
obtener el Título Profesional de: Licenciada en Administración de Empresas

2. La Tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, y para su realización se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La Tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La Tesis presentada no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. La información presentada es real y no ha sido falsificada, ni duplicada, ni copiada.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo toda responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la Tesis para obtener el Título Profesional, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para la UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la Tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que la Tesis para obtener el Título Profesional haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 25 de setiembre de 2019

  
Firma de(a) tesista





**ANEXO 3-N**

**ACTA DE EVALUACIÓN DE SUSTENTACIÓN DE TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL**

En la ciudad de Chachapoyas, el día 17 de Setiembre del año 2019, siendo las 10:00 am. horas, el aspirante Nivia Irigoin Salazar defiende en sesión pública la Tesis titulada: Propuesta de un Plan de mejora para alcanzar la calidad de atención en la unidad de laboratorio clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján en la ciudad de Bagua

para obtener el Título Profesional de Licenciado en Administración de Empresas a ser otorgado por la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, ante el Jurado Evaluador, constituido por:

Presidente: M.Sc. Carlos Raúl Boémape Ojansuren  
Secretario: Mg. Adolfo Cacha Revilla  
Vocal: Mg. Fernando Roselío Sánchez Altamirano



Procedió el aspirante a hacer la exposición de la Introducción, Material y método, Resultados, Discusión y Conclusiones, haciendo especial mención de sus aportaciones originales. Terminada la defensa de la Tesis presentada, los miembros del Jurado Evaluador pasaron a exponer su opinión sobre la misma, formulando cuantas cuestiones y objeciones consideraron oportunas, las cuales fueron contestadas por el aspirante.

Tras la intervención de los miembros del Jurado Evaluador y las oportunas respuestas del aspirante, el Presidente abre un turno de intervenciones para los presentes en el acto, a fin de que formulen las cuestiones u objeciones que consideren pertinentes.

Seguidamente, a puerta cerrada, el Jurado Evaluador determinó la calificación global concedida la Tesis para obtener el Título Profesional, en términos de:

Aprobado (  )                      Desaprobado (    )

Otorgada la calificación, el Secretario del Jurado Evaluador lee la presente Acta en sesión pública. A continuación se levanta la sesión.

Siendo las 10:50 horas del mismo día y fecha, el Jurado Evaluador concluye el acto de sustentación de la Tesis para obtener el Título Profesional.

SECRETARIO  
VOCAL

PRESIDENTE  
ASESOR

OBSERVACIONES: .....

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS .....	v
VISTO BUENO DEL ASESOR.....	vi
PÁGINA DE JURADO .....	vii
ÍNDICE.....	x
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xiv
RESUMEN .....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
I. INTRODUCCIÓN.....	18
1.1. Realidad problemática del estudio.....	18
1.2. Formulación del problema.....	20
1.3. Justificación del estudio.....	20
1.4. Objetivos.....	20
1.5. Hipótesis .....	21
1.6. Antecedentes de la investigación.....	21
1.7. Bases teóricas .....	26
1.8. Definición de términos básicos.....	42
II. MATERIAL Y MÉTODOS .....	44
2.1. Variables de estudio.....	44
2.2. Operacionalización de las variables .....	45
2.3. Diseño de la investigación.....	47
2.4. Población, muestra y muestreo .....	48
2.5. Métodos .....	50
2.6. Técnicas e instrumentos.....	51
2.7. Procedimiento.....	51
2.8. Análisis de los datos .....	52
III. RESULTADOS .....	53
a) Diagnóstico de la situación actual de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján.....	53
b) Análisis de la calidad de atención que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján mediante la metodología del Servqual.....	54

c)	Propuesta del plan de mejora continua basado en la Norma ISO 9001:2015..	81
IV.	DISCUSIÓN .....	129
V.	CONCLUSIONES .....	132
VI.	RECOMENDACIONES .....	133
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	134
	ANEXOS .....	137

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Significado de la escala de Likert.....	41
Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente .....	45
Tabla 3. Operacionalización de la variable dependiente .....	46
Tabla 4. Condiciones de las instalaciones físicas .....	55
Tabla 5. Ambientes, equipamiento y mobiliarios limpios.....	56
Tabla 6. Presentación limpia y adecuada del personal .....	57
Tabla 7. Suficiente equipo y mobiliario .....	58
Tabla 8. Visualidad de anuncios, afiches, periódico mural .....	59
Tabla 9. Tiempo de espera adecuado.....	60
Tabla 10. Cumplimiento de la cita programada.....	61
Tabla 11. Delegación de confianza, tranquilidad y animo por parte .....	61
Tabla 12. Adecuada Información y orientación por parte del personal.....	62
Tabla 13. Servicio personalizado.....	64
Tabla 14. Cortesía y buen trato por parte del personal .....	65
Tabla 15. Interés de los trabajadores por brindar buena atención .....	66
Tabla 16. Adecuada explicación de los análisis realizados .....	67
Tabla 17. Explicación para un tratamiento apropiado .....	68
Tabla 18. Capacitaciones programadas .....	69
Tabla 19. Cumplimiento de las medidas de salubridad .....	70
Tabla 20. Explicaciones suficientes y adecuadas sobre el tratamiento.....	71
Tabla 21. Visualización de señales de seguridad.....	72
Tabla 22. Trámites y procesos rápidos .....	73
Tabla 23. Respuestas adecuadas ante una duda.....	74
Tabla 24. Horarios de atención adecuados .....	75
Tabla 25. Servicio adecuado en el menor tiempo por parte del personal .....	76
Tabla 26. Puntuación general del servqual valorada bajo la escala Likert.....	78
Tabla 27. Escala de valoración de Alfa de Cronbach.....	79
Tabla 28. Servicios que ofrece el hospital .....	81
Tabla 29. Planteamiento de las metas y objetivos .....	92
Tabla 30. Planteamiento de estrategias.....	93
Tabla 31. Objetivo 1- responsable .....	94
Tabla 32. Desarrollo de la estrategia 1 y 2 .....	95

Tabla 33. Objetivo 2- responsable .....	96
Tabla 34. Desarrollo de la estrategia 3 y 4 .....	97
Tabla 35. Objetivo 3- responsable .....	98
Tabla 36. Desarrollo de la estrategia 5 .....	98
Tabla 37. Objetivo 4- responsable .....	99
Tabla 38. Desarrollo de la estrategia 6 .....	99
Tabla 39. Presupuesto del desarrollo de objetivos y estrategias.....	100
Tabla 40. Presupuesto y fechas de realización de la propuesta .....	102
Tabla 41. Cuadro de verificación.....	105
Tabla 42. Comunicación.....	119
Tabla 43. Verificación de la información documentada.....	120
Tabla 44. Modelo de control de procesos .....	123
Tabla 45. Tabla de priorización de las mejoras institucionales .....	126
Tabla 46. Matriz de Plan de mejora.....	127
Tabla 47. Matriz de seguimiento del Plan de mejora .....	128

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ventajas y desventajas del plan de mejora continua. ....	29
Figura 2. Objetivos de la Norma ISO 9001:2015. ....	30
Figura 3. Beneficios de la Norma ISO 9001:2015.....	31
Figura 4. Enfoque a procesos de gestión de calidad de la Norma ISO 9001:2015.....	31
Figura 5. Ciclo de Deming.....	32
Figura 6. Criterios del Contexto de la organización. ....	33
Figura 7. Criterios del liderazgo. ....	34
Figura 8. Indicadores de la planificación. ....	34
Figura 9. Lineamientos necesarios para el soporte del sistema de gestión de calidad. ..	35
Figura 10. Lineamientos necesarios para el soporte del sistema de gestión de calidad. ....	36
Figura 11. Enfoque metodológico del Servqual .....	37
Figura 12. Modelo SERVQUAL .....	38
Figura 13. Indicadores de la dimensión elementos tangibles. ....	39
Figura 14. Indicadores de la dimensión confiabilidad. ....	39
Figura 15. Indicadores de la dimensión capacidad de respuesta. ....	40
Figura 16. Indicadores de la dimensión Seguridad. ....	40
Figura 17. Indicadores de la dimensión empatía. ....	41
Figura 18. Diseño de la investigación.....	48
Figura 19. Ecuación para calcular la muestra .....	49
Figura 20. Muestra de la investigación .....	50
Figura 21. Condiciones de las instalaciones físicas .....	55
Figura 22. Ambientes, equipamiento y mobiliarios limpios.....	56
Figura 23. Presentación limpia y adecuada del personal. ....	57
Figura 24. Suficiente equipo y mobiliario. ....	58
Figura 25. Visualidad de anuncios, afiches, periódico mural. ....	59
Figura 26. Tiempo de espera adecuado. ....	60
Figura 27. Cumplimiento de la cita programada. ....	61
Figura 28. Delegación de confianza, tranquilidad y ánimo por parte.....	62
Figura 29. Adecuada Información y orientación por parte del personal. ....	63
Figura 30. Servicio personalizado. ....	64
Figura 31. Cortesía y buen trato por parte del personal.....	65
Figura 32. Interés de los trabajadores por brindar buena atención. ....	66

Figura 33. Adecuada explicación de los análisis realizados. ....	67
Figura 34. Explicación para un tratamiento apropiado. ....	68
Figura 35. Capacitaciones programadas. ....	69
Figura 36. Cumplimiento de las medidas de salubridad. ....	70
Figura 37. Explicaciones suficientes y adecuadas. ....	71
Figura 38. Visualización de señales de seguridad. ....	72
Figura 39. Trámites y procesos rápidos. ....	73
Figura 40. Respuestas adecuadas ante una duda. ....	74
Figura 41. Horarios de atención adecuados. ....	75
Figura 42. Servicio adecuado en el menor tiempo por parte del personal. ....	76
Figura 43. Puntuación promedio de las dimensiones de la herramienta del servqual. ...	77
Figura 44. Calidad de servicio. ....	78
Figura 45. Análisis de confiabilidad de la encuesta de Servqual. ....	80
Figura 46. Organigrama del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján. ....	83
Figura 47. Amofhit del hospital. ....	87
Figura 48. FODA de la Unidad de Laboratorio Clínico. ....	88
Figura 49. Causas del problema de la Unidad de Laboratorio Clínico. ....	90
Figura 50. Efectos del problema de la Unidad de Laboratorio Clínico. ....	90
Figura 51. Árbol causa.-efecto de la Unidad de Laboratorio Clínico. ....	91
Figura 52. Esquema del desarrollo del objetivo 1. ....	96
Figura 53. Esquema de proyecto de mejora. ....	108
Figura 54. Beneficio final de la aplicación del Ciclo de Deming. ....	109
Figura 55. Características de liderazgo de un colaborador de la ULC. ....	110
Figura 56. Acciones para abordar riesgos. ....	111
Figura 57. Objetivos de calidad. ....	112
Figura 58. Características de liderazgo de un colaborador de la ULC. ....	118
Figura 59. Planificación y control operativo. ....	121
Figura 60. Diseño del servicio. ....	122
Figura 61. Modelo de evaluación de desempeño. ....	125

## RESUMEN

La investigación tiene por objetivo general proponer un plan de mejora para alcanzar la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján, con la finalidad de analizar la situación actual del servicio que se brinda, para posteriormente se logre dar solución las problemáticas identificadas alcanzando el mejoramiento de la calidad de atención al usuario.

El tipo y diseño de la investigación es descriptiva – no experimental, por lo que en el estudio no se manipulan las variables y solo se observan las unidades de análisis en su estado actual, se utilizó como instrumento de recolección de datos una guía de entrevista realizada la encargada de la unidad en estudio y un cuestionario que fue aplicado a una muestra de 306 usuarios del servicio que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico.

La información obtenida por la encarga permitió identificar que la unidad no cuenta con un plan de mejora continua; además se determinó que los usuarios se encuentran insatisfechos con la atención que reciben, con un puntaje obtenido de 1.97 mediante la herramienta del Servqual en una escala Likert (1-5), resultado que indica que la percepción del usuario se encuentra por debajo de sus expectativas, es así que se elaboró el plan de mejora basado en la Norma ISO 9001:2015, el cual se centró en dar solución a la problemática de la inadecuada prestación de servicios de atención al usuario, permitiendo el planteamiento de objetivos, estrategias y acciones para hacer frente al problema.

**Palabras claves:** Atención, calidad, plan de mejora, Unidad de Laboratorio Clínico, usuario.



## ABSTRACT

The general objective of the research is to propose an improvement plan to achieve the quality of care in the Clinical Laboratory Unit of the Gustavo Lanatta Luján Support Hospital, with the purpose of analyzing the current situation of the service that is provided, so as to be able to give solution the identified problems reaching the improvement of the quality of attention to the user.

The type and design of the research is descriptive - not experimental, so the study does not manipulate the variables and only the units of analysis are observed in their current state. An interview guide was used as an instrument for data collection. the one in charge of the unit under study and a questionnaire that was applied to a sample of 306 users of the service offered by the Clinical Laboratory Unit.

The information obtained by the manager made it possible to identify that the unit does not have a continuous improvement plan; In addition, it was determined that users are dissatisfied with the care they receive, with a score obtained of 1.97 using the Servqual tool on a Likert scale (1-5), a result that indicates that the user's perception is below their level. Expectations, it is so that the improvement plan based on the ISO 9001: 2015 standard was elaborated, which focused on solving the problem of the inadequate provision of user services, allowing the setting of objectives, strategies and actions to deal with the problem.

**Keywords:** Attention, quality, improvement plan, Clinical Laboratory Unit, user.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad problemática del estudio**

En el tiempo actual la calidad de atención que ofrecen los establecimientos de salud a los usuarios ha tomado gran importancia, debido a que el Ministerio de Salud (2017), ha venido implantando una serie de esfuerzos orientados a la mejora de la calidad de atención, estos ejemplificados en la Resolución Ministerial N°527/2011 MINSA, en la cual se establecen las pautas para analizar la calidad de servicio mediante la herramienta del Servqual, para posteriormente plantear estrategias y acciones que fortalezcan el sentido de ser de un establecimiento de salud, estas medidas fueron propuestas por las múltiples quejas que establecen los usuarios referente a la calidad de atención.

Los hospitales son instituciones conocidas por el servicio de atención que ofrecen, que al ser organizaciones determinante de vida, existen parámetros que les exigen a estas entidades ofrecer un buen servicio a los usuarios como lo plantea la Organización Mundial de Salud, en la cual establece que los hospitales son un centro de salud que posee profesionales capacitados y por ende la atención que brinden tienen que ser de calidad, sin embargo en América Latina, la realidad es otra, pues a pesar que los establecimientos de salud posean buenos profesionales en su rama, existen trabajadores que ignoran el valor que demanda atender a una persona, ocasionando que no se trate con cordialidad, respeto y dentro de un tiempo límite a los pacientes, provocando en ellos insatisfacción (Soria, 2013).

A nivel nacional los establecimientos de salud se encuentran en estados de emergencia, esto se debe al poco interés que muestran los gobernantes para que se solucionen las deficiencias que presentan los centros de salud, postas médicas y hospitales, tal es la situación que las personas que cuentan con el Sistema Integral de Salud, realizan enormes colas para que se obtenga una cita y para hacer más complicada la problemática, esta cita recién se llevará a cabo dentro de un promedio de un mes a más, por otro lado, los pacientes no reciben suficiente medicinas para concluir con los tratamientos médicos, en la cual para complicar aún más la situación los establecimientos presentan inadecuadas infraestructuras, equipamientos y

materiales obsoletos y la demanda de usuarios aumenta con el pasar del tiempo (Ruiz, 2017).

El MINSA (2011), por los constantes reclamos realizados por los usuarios de los diferentes establecimientos de salud establecieron una Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del Usuario Externo mediante la Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, esta guía establece que la herramienta del SERVQUAL es la más adecuada para el análisis de la calidad de atención y satisfacción del usuario externo.

Actualmente los servicios dependientes del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján ubicada en el distrito de Bagua, proporcionan bienestar a la población como es el caso del servicio de Laboratorio Clínico. Está inmerso dentro de los servicios que brinda el hospital, de allí que se toma cada vez más mayor importancia al estudio de las necesidades de usuarios, cuyo fin es una atención satisfactoria.

Así mismo el Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan no es ajena a las problemáticas identificadas anteriormente, pues por los constantes reclamos hechos por los usuarios del establecimiento de salud en la Radio LD Stereo de Bagua, se determinó que la Unidad de Laboratorio Clínico presenta deficiencias en la calidad de atención que ofrece a los usuarios, las cuales surge la necesidad de corregir las falencias detectadas en el hospital de Bagua, por lo que la calidad de atención se atribuye como parte primordial de la satisfacción al cliente. De allí que uno de los principales problemas dentro de la atención al usuario dentro del laboratorio clínico es la insatisfacción de los usuarios; por los largos periodos de tiempo de espera, convirtiéndose en una preocupación del servicio el cómo disminuir el tiempo de espera para recibir atención y el usuario este satisfecho.

Siendo los problemas que están pasando en este hospital es la demora en la atención, lo que se inicia con largas colas de espera para recibir un turno, la espera prolongada para recibir una consulta. Para el día siguiente, madrugar nuevamente para recibir una atención dentro del laboratorio clínico, en donde se visualiza la misma escala de acción hasta ser atendido. Desde ya se reporta una mala calidad de atención (repartición de turnos, espera para ser llamados, recepción de muestras, para su procesamiento y entrega de resultados al día siguiente), totalizando un periodo de

atención de por lo menos 3 a 5 días (si logró tomar a tiempo el turno). De allí surge la idea de una Propuesta de un Plan de mejora para la calidad de atención al usuario en el servicio de laboratorio clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan en la ciudad de Bagua, a fin de mejorar la atención y el tiempo de espera para el usuario del servicio y lograr la satisfacción del usuario.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la propuesta de un plan de mejora continua que alcanzará la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan de la ciudad de Bagua?

## **1.3. Justificación del estudio**

La investigación es elaborada con la finalidad de conocer el nivel de la calidad de atención que perciben los usuarios de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital en estudio, para que de esta manera se puedan resolver los problemas identificados por una sociedad de una manera real y eficaz mediante el planteamiento de un plan de mejora continua propuesta que será presentada a la institución a fin de conocer la realidad de su servicio y las medias que pueden optar para mejorar, así mismo un plan de mejora continua busca proponer alternativas de solución, estrategias y pautas para un problema identificado, es por ello por lo que en la Unidad de Laboratorio Clínico se desea analizar la problemática de calidad de atención que ofrece a los usuarios, a fin de aplicar las estrategias oportunas para satisfacer a la población con una mejor atención de calidad, donde lo que más importe sea la salud del paciente y el profesionalismo del personal asistencial.

Por otro lado, esta investigación ofrece un marco de trabajo referente a la formulación de un plan de mejora continua, enfocado en la calidad de atención de un área de un hospital, el cual servirá como guía y aporte para trabajos futuros de la misma línea.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Proponer un plan de mejora para alcanzar la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan de la ciudad de Bagua.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

- a) Diagnosticar la situación actual de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan.
- b) Analizar la calidad de atención que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján mediante la metodología del Servqual.
- c) Proponer el plan de mejora continua en basado en la Norma ISO 9001:2015.

#### **1.5. Hipótesis**

Un plan de mejora sí alcanza la calidad de atención de la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján en la ciudad de Bagua.

#### **1.6. Antecedentes de la investigación**

##### **A nivel internacional**

Parada (2015), en su investigación Estrategias de la mejora continua de la calidad de atención en salud materna, neonatal e infantil en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsistema público de Bolivia, planteó como objetivo general analizar el nivel de calidad de atención que ofrecen los hospitales de segundo y tercer nivel, estudio que tuvo un diseño no experimental- descriptivo, donde se analizaron 42 hospitales, se tuvo por resultados que el 70% de los hospitales no presentan estrategias de mejora continua, en la que mediante un diagnóstico de la situación actual aplicando la herramienta del SERVPERT, se tuvo que el 82% de los 324 usuarios encuestados manifestaron que se encuentran insatisfechos con la atención que les brindan los hospitales, el 72% indicó que se siente insatisfecho con la capacidad de respuesta, se concluyó que el nivel de la calidad de atención que brindan los hospitales referente a salud materna neonatal e infantil es baja, esto porque los establecimientos de salud no desarrollan estrategias destinadas a brindar un servicio adecuado y oportuno a los pacientes así mismo no se realizan estudios para evitar complicaciones obstétricas y neonatales. En la cual, llegó a la conclusión de que la aplicación de estrategias de mejora continua de la calidad de atención conllevó a proponer acciones de manera progresiva que se encuentren alineados al logro de los objetivos y el fortalecimiento de las áreas críticas y buen servicio, esta investigación aporta herramientas que permitan analizar la calidad de atención y el diseño de modelos de estrategias de mejora continua que permitan enriquecer las acciones para

que los hospitales ofrezcan un mejor servicio, para el involucramiento y compromiso de todo el personal de salud.

Maldonado (2014), en su tesis Calidad de atención percibida por los Usuarios/clientes de consulta externa del Hospital de seguro social universitario La Paz, 2013 planteó como objetivo general determinar la calidad de atención percibida por los usuarios externos en la consulta externa del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, estudio que tuvo un diseño no experimental, donde se aplicó una encuesta basada en la herramienta del SERVQUAL a una muestra de 145 usuarios, en la que se determinó que los usuarios consideran que los servicios que brinda el Seguro Social Universitario La Paz referente a la dimensión de elementos tangibles está orientado a su satisfacción y solución de problemas, teniendo como resultado que la dimensión que mayor satisfacción posee es la dimensión de capacidad de respuesta con un puntaje promedio de 4,21, sin embargo, respecto la dimensión de empatía los usuarios percibieron que el personal que labora debe de mejorar especialmente los factores relacionados con el trato, la paciencia, atención y la amabilidad, presentando un puntaje de 3,18, resultados que denotaron al investigador que se requiere hacer acciones correctivas para fortalecer la calidad de servicio. Concluyendo que los resultados encontrados mediante la herramienta del SERVQUAL permitió evaluar la calidad percibida por los usuarios, de forma satisfactoria, la cual presenta una calidad de atención buena y se debe de establecer estrategias de mejora continua de tal manera que se mejore la calidad de las prestaciones de salud. Esta tesis brinda como aporte a la investigación el modelo SERVQUAL para determinar la satisfacción del usuario referente a la atención que ofrece un hospital, esta herramienta permite conocer la percepción y expectativas de los clientes de la institución, ayudando a tener una visión más amplia sobre las problemáticas de atención, de tal manera que al momento del planteamiento del plan de mejora se pueda incurrir en los problemas principales.

Barberán (2015), en su informe Gestión para el mejoramiento continuo de atención del área de consulta externa del Hospital de IESS Santo Domingo planteó como objetivo general diseñar el proceso de mejoramiento continuo para elevar la calidad de atención al paciente de consulta externa del Hospital del IESS, este estudio presentó un diseño no experimental – cuantitativo – transversal, donde se aplicó un

instrumento de recolección de datos (cuestionario) a una muestra de 390 usuarios, llegando a la conclusión que el 89% de los encuestados presentaron insatisfacción hacia la atención que el hospital les ofrece, el 87% manifestó que los tiempos de espera son tediosos y prolongados, esto debido a la inexistencia de capacitación en los temas de calidad de atención y satisfacción al usuario, así mismo los trabajadores no cuentan con una misión y visión compartida, concluyendo que al establecimiento le falta un proceso de mejoramiento continuo respecto a la consulta externa porque actualmente posee actividades repetitivas, tediosos tiempos y procesos complicados.

En la cual la gestión de mejoramiento continuo basado en la metodología del Ciclo de Deming permitirá al hospital tener procesos simples, reducción de tiempo en la atención, evitar las actividades repetitivas en el servicio mejorando así la calidad y satisfacción del usuario, estudio que aporta a la investigación el Ciclo de Deming, herramienta que permite propuestas de estrategias basadas en cuatro principales dimensiones que son planear, hacer, verificar y actuar, las que facilitarán la toma de decisiones y correcciones de incidencias en el momento oportuno.

### **A nivel nacional**

Vásquez (2015), en su investigación Propuesta de mejora de la calidad de servicio en el policlínico Chiclayo oeste ubicado en la ciudad de Chiclayo tuvo por objetivo general analizar la percepción y expectativas de los trabajadores y usuarios referente a las cinco dimensiones de la herramienta del SERVQUAL, estudio que tuvo un diseño no experimental – propositivo, en la cual se aplicó una encuesta a una muestra de 270 asegurados, donde se tubo que el 83% de los usuarios se mostraron en desacuerdo con la infraestructura que presenta el establecimiento, el 54% señaló que el personal asistencial del policlínico no presenta la adecuada posición de las señales de seguridad, así mismo se aplicó una entrevista a los médicos responsables de cada área el policlínico para el análisis y la percepción que ellos tienen del servicio que ofrecen, donde se concluyó que existe insatisfacción por parte de los usuarios respecto al servicio que reciben, en la que las dimensiones que presentan mayores deficiencias fueron la de fiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad.

En la cual la propuesta permitió establecer las estrategias que más se adapten a la realidad problemática encontrada, estudio que portando a la investigación que mediante la metodología se puede conocer la insatisfacción de los usuarios en base a

la percepción, herramienta que si se aprovecha a su totalidad puede ofrecer diagnósticos referente a capacidad de respuesta, seguridad, infraestructura, confiabilidad y empatía, para que el planteamiento de estrategias ayuden a la institución a brindar una mejor atención, con la finalidad de tener usuarios satisfechos.

Saidén (2016), en su tesis Calidad de atención en la consulta externa del Hospital de San Juan de Lurigancho 2016, planteó como objetivo general evaluar la calidad de atención que ofrece el área de consulta externa, este estudio tuvo un diseño no experimental – transversal – propositivo, donde se aplicó una encuesta basada en la herramienta del SERVQUAL a una muestra de 100 pacientes a fin de conocer la percepción que ellos tienen de la calidad de atención, donde obtuvo un puntaje de 2.85 lo que indicó que la capacidad de respuesta que manejan los colaboradores de la empresa es adecuada, sin embargo se mostró un puntaje de 1.9 referente con la infraestructura del hospital, señalando que los usuarios se sienten insatisfechos con la infraestructura, concluyendo que los usuarios reciben una buena atención, sin embargo hacen hincapié en que se debe mejorar la infraestructura y equipamiento, así mismo proponen el planteamiento de estrategias que permitan mejorar la calidad de atención.

Esta investigación usa como herramienta de soporte la Normativa ISO 9001:2015, para el planteamiento de una propuesta de mejora continua, la que permitió la identificación del problema y cuáles fueron las acciones para darle solución, así mismo esta investigación muestra cinco indicadores de la herramienta del SERVQUAL, los cuales han sido analizados mediante una encuesta, aportando al estudio un enfoque más amplio y sencillo para la identificación de la satisfacción de la calidad de atención que brinda una institución, recalando que los resultados que se obtengan permitirán la propuesta de estrategias adecuadas a la realidad problemática que se identifique.

Ramírez (2015), en su informe Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el servicio de traumatología del hospital Nacional Hugo Pesce Pecetto Andahuaylas planteó como objetivo principal el determinar la relación existente en la calidad de servicio y la satisfacción del usuario, esta investigación tuvo un diseño no experimental – descriptiva, en la cual se hizo uso de instrumentos como el



cuestionario que se aplicó a una muestra de estudio de 159 usuarios, donde se obtuvo que el 62% de los encuestados manifestaron estar satisfechos con la confianza que les ofrece el establecimiento, sin embargo el 57% señaló que los colaboradores no presentan un uniforme estándar ocasionado confusión en muchas de las ocasiones a los usuarios, los resultados mostraron un buen nivel de consistencia interna con un Alfa de Cronbach del 0,82% que determina que las respuestas guardan relación lo cual los datos que se obtuvieron fueron confiables, llegando a la conclusión que existe relación significativa entre la calidad de servicio y la satisfacción, en la cual utilizando el coeficiente de Spearman se obtuvo una correlación de 0,55 siendo positiva, afirmando la relación directa entre las dos variables.

Posteriormente el autor propuso un plan de estrategias de calidad que permitan aumentar la satisfacción de los usuarios, aportando a la investigación que la calidad de servicio permite analizar la satisfacción de los usuarios de una institución, brindando conocimientos sobre la realidad que perciben los clientes, determinando que si las expectativas que ellos tuvieron del servicio fueron satisfechas y si en todo caso no fueran satisfechas se puede proponer un plan que esté enfocado en el aumento de la capacidad de atención mejorando así el servicio retribuyendo a la empresa en rentabilidad social.

### **A nivel local**

Caruajulca (2016), en su investigación Modelo de gestión para eficiencia y calidad de servicio en la atención al usuario en la Municipalidad Provincial de Rodríguez de Mendoza – Amazonas tuvo por objetivo general determinar un modelo de gestión para mejorar la calidad de servicio de atención al usuario en la municipalidad, el diseño del estudio fue no experimental, donde se aplicaron instrumentos de recolección de datos en la que un cuestionario (basado en la herramienta del servqual) se aplicó a 142 usuarios, donde se determinó que la dimensión con más puntaje fue la de elementos tangibles, la cual en una escala de puntaje del 1 al 5, se tuvo un puntaje de 4,23, y la dimensión que menos puntaje obtuvo fue la dimensión capacidad de respuesta de 2,4 seguido de la dimensión empatía con un puntaje de 2,75, por otro lado también se aplicó una guía de entrevista a cinco autoridades, las que mencionaron que el establecimiento municipal necesita de personal para ofrecer un mejor servicio a sus clientes, puesto que no se alcanza a desarrollar correctamente

sus funciones, llegando a la conclusión que las autoridades poseen un bajo desempeño laboral causado por la desmotivación, el excesivo trabajo y presión, no les son remuneradas las horas extras laborables, afectando así a la calidad de servicio que deben de brindar a la población, es por ello que los usuarios se sienten insatisfechos con la calidad de servicio que la institución les ofrece.

En la cual la propuesta que propone el investigador se basó en estrategias de gestión de calidad total de tal manera que se mejore la eficiencia y calidad de atención, situación que afectará positivamente en el clima laboral institucional, aportando a la investigación que las entidades públicas a pesar de regirse bajo lineamientos del estado y el ministerio, también pueden hacer uso de herramientas externas como el SERVQUAL para determinar la calidad de servicio que ofrecen, esta herramienta permite el conocimiento de los puntos débiles evaluando así cinco dimensiones, las mismas que poseen un total de veintidós preguntas para un mejor análisis de la problemática.

## **1.7. Bases teóricas**

### **1.7.1. Plan de mejora**

Un plan de mejora para Villegas (2016) basado en la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), está representado por el conjunto de acciones, estrategias, lineamientos que se encuentran integradas y organizadas que una empresa o institución establece para que se produzcan cambios favorables en los resultados de la gestión, es decir permite establecer los mecanismos que harán que la empresa logre alcanzar los objetivos o metas propuestas, de tal manera que aumente la calidad de su producto o servicio y la competitividad empresarial.

Así mismo un plan de mejora: es una herramienta que permite gestionar la calidad de una determinada área, fomentando el compromiso y la responsabilidad organizacional junto al apoyo y colaboración de todos los integrantes de la institución (Martínez, 2013, p.56), permitiendo identificar los puntos débiles de un área para luego plantear las soluciones que más se adecuen a la realidad del problema.

Por otro lado, el Ministerio de Educación (2017), manifiesta que un plan de mejora no es un fin, al contrario, es una solución, pues permite la identificación de riesgo

e incertidumbres que presenta una institución y dar a conocer a todos los colaboradores para que se aplique estrategias donde haya participación total enfocados en trabajar en soluciones que establezcan buenos resultados.

Así se tiene a Rojas (2016), quien menciona que un plan de mejora es un documento donde se establecen los requisitos para lograr un estándar de calidad y ofrecer una solución a una problemática identificada de tal manera que se logren las metas que se proponga una empresa o institución.

Según la Norma Internacional ISO 9001(2015), un plan de mejora ayuda a que se establezcan los puntos claves de solución frente a una situación de problema que afronta una organización, en donde se busca ofrecer un servicio de calidad, basado en un estudio profundo a la entidad objeto de estudio.

### **1.7.2. Área de mejora**

El área de mejora está representada por una parte de una organización que no se está desarrollando de manera adecuada, ni se rige el crecimiento de la empresa, es decir es el ambiente que no está funcionando adecuadamente en base a los requerimientos de la institución (Proaño, 2017).

Para identificarla se tiene que hacer un análisis general a la empresa, en la cual una vez identificada tiene que tomarse muy en cuenta porque si no es atendida puede generar serios problemas a la institución y obstaculizar el éxito empresarial.

### **1.7.3. Acción de mejora**

Viene a ser el conjunto de lineamientos que permite fortalecer las actividades de una organización, de tal manera que las debilidades y problemáticas detectadas en el área de mejora sean superadas, logrando que la institución sea más eficaz y eficiente en el desempeño organizacional (Proaño, 2017).

### **1.7.4. Finalidad de un plan de mejora**

Para Fernández y Ramírez (2017), la finalidad que tiene un plan de mejora es desarrollar una cultura organizacional que se encuentre orientada a mejorar definitivamente su desempeño, de tal manera que se apliquen acciones correctivas

en la estructura, procesos y lineamientos políticos que desarrolla una institución, garantizando un adecuado uso de los recursos.

Así mismo el propósito de un plan de mejora continua permite mejorar el rendimiento de la organización, establecer compromiso organizacional entre los colaboradores de la institución y que los trabajadores se encuentren alineados a la misión y visión de la organización.

#### **1.7.5. Componentes de un plan de mejora**

Según Fernández y Ramírez (2017), un plan de mejora presenta los siguientes componentes:

- a) **Objetivos:** estos son las acciones que definen de manera clara el resultado final que se desea alcanzar con la aplicación de lineamiento de mejora que se realizarán.
- b) **Área de mejora:** es el área objeto de estudio y son seleccionadas porque presentan situaciones deficientes que no permiten el adecuado cumplimiento de los objetivos de la organización.
- c) **Metas:** son los objetivos que se desean conseguir en un determinado plazo.
- d) **Actividades:** son las acciones que se desarrollarán con el propósito de fortalecer el área de mejora disminuyendo sus debilidades.
- e) **Responsables:** son las personas que se encargarán del planteamiento y aplicación del plan de mejora.
- f) **Indicadores:** están establecidos por los parámetros de medida, los cuales estimarán el cumplimiento de los objetivos basados en los resultados esperados, estos indicadores pueden ser cualitativos o cuantitativos.
- g) **Inicio y fin:** todas las acciones generales que se establezcan en el plan tienen que tener fecha de inicio y fecha de fin, esto debido a que todas se realizan al mismo tiempo, puesto que ciertas actividades necesitan de más tiempo y otras de menos.

### 1.7.6. Ventajas y desventajas del plan de mejoramiento continuo

Según Proaño (2017), las ventajas y desventajas del mejoramiento continuo son las siguientes:

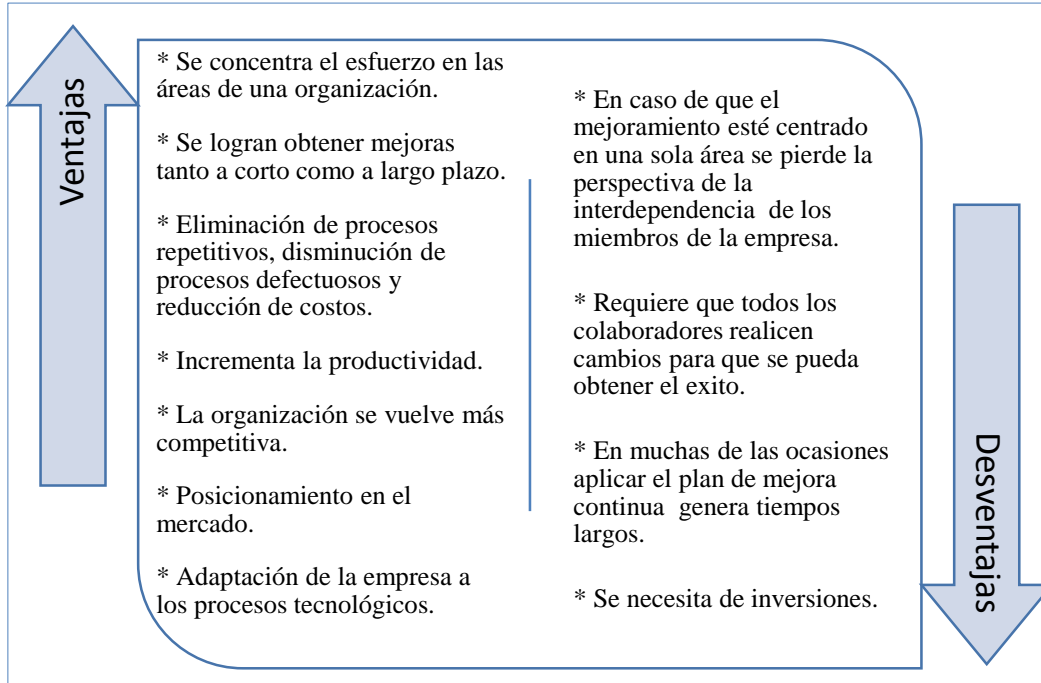


Figura 1. Ventajas y desventajas del plan de mejora continua.

Fuente: Adaptado de Proaño (2017).

### 1.7.7. Norma Internacional ISO 9001:2015

#### a) Definición

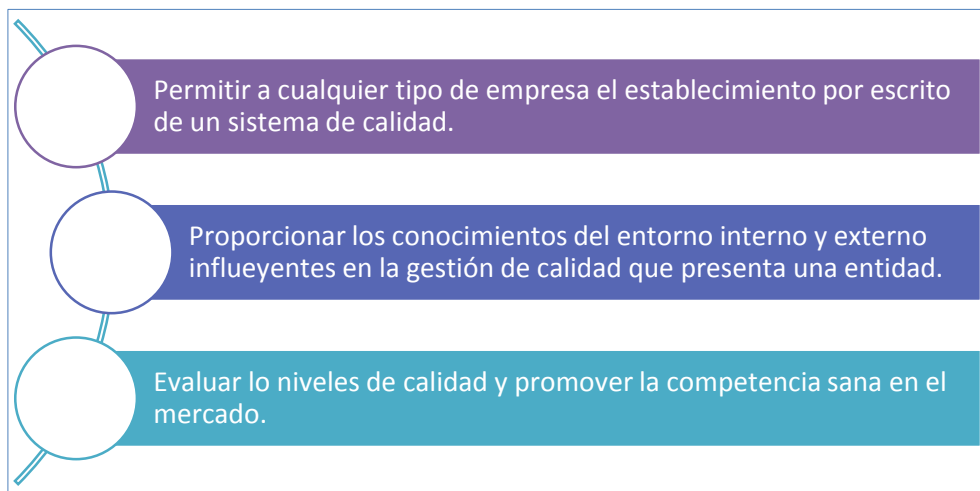
Según la Organización Internacional para la Estandarización, la norma ISO 9001:2015, muestra los pasos y lineamientos que se tiene que tener en cuenta para el ofrecimiento de un adecuado sistema de calidad, esta normativa de calidad puede ser usada por cualquier empresa que requiera mejorar el servicio de atención a sus clientes, este estándar de calidad se basa en un conjunto de principios de gestión de calidad enfocados en el cliente, la motivación del personal y el adecuado funcionamiento de la alta dirección empresarial.

El que se cuenta con una Normativa ISO 9001: 2015 dentro de una entidad ayuda a que se asegure una buena calidad tanto en productos como en servicios, herramienta que ofrece gran cantidad de beneficios para la empresa.

La Norma ISO 9001 es reconocida como un símbolo de calidad que toda empresa debe de tener tanto en los productos que se ofrece como en el servicio de calidad que debe impartirse a los clientes para lograr mayor posicionamiento y competitividad empresarial.

## b) Objetivos

Esta herramienta de gestión de calidad según Leonidas (2017), manifiesta que es de suma importancia aplicarlo a las empresas puesto que posee los siguientes objetivos:



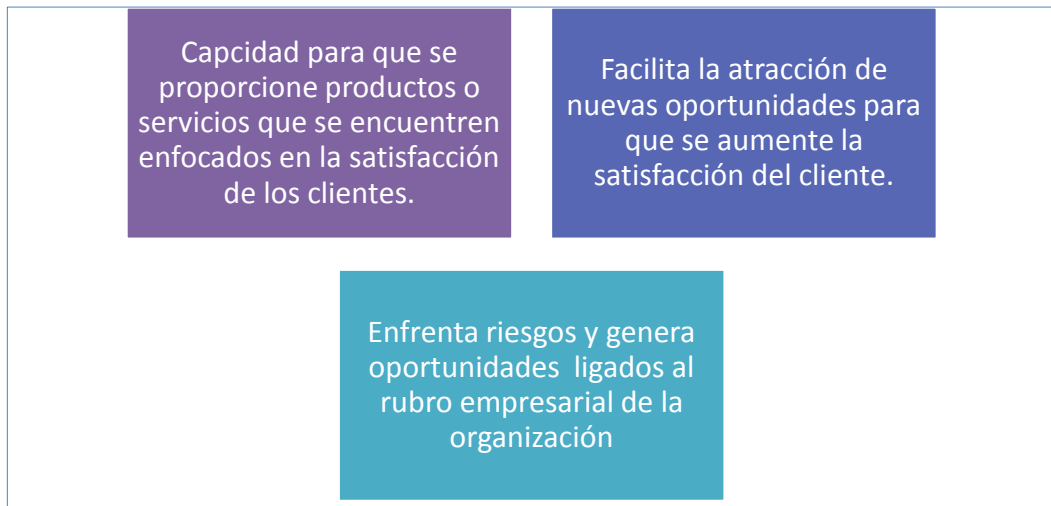
*Figura 2.* Objetivos de la Norma ISO 9001:2015.

Fuente: Adaptado de La Normativa ISO 9001.

## c) Generalidades

Según la Norma ISO 9001 (2015), el que se tome esta herramienta para ofrecer un mejor servicio de calidad es cuestión de cada empresa que requiera incurrir en esta decisión estratégica. Esta normativa proporciona una base sólida para que la empresa genere iniciativas de desarrollo sostenible.

Los principales beneficios que ofrece la ISO 9001 para Rojas (2016) son:



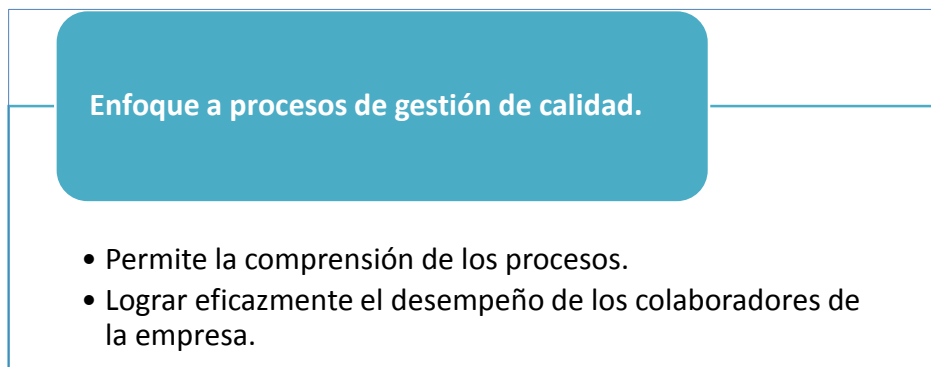
*Figura 3. Beneficios de la Norma ISO 9001:2015*

Fuente: Adaptado de Rojas (2016).

#### **d) Enfoque basado en procesos**

Según la Norma ISO 9001 (2015), se parte desde la acogida de procesos que se van a llevar a cabo, donde mediante la implementación y mejora del sistema de gestión, permitirá el aumento de la satisfacción de los clientes.

El aplicar esta herramienta permite tener un enfoque más amplio de los procesos como: (Norma ISO 9001, 2015).



*Figura 4. Enfoque a procesos de gestión de calidad de la Norma ISO 9001:2015*

Fuente: Adaptado de la Norma ISO 9001.

Frente a este proceso cada uno de los lineamientos y pasos que se debe llevar a cabo se puede realizar mediante la Metodología de PHVA o también llamado Ciclo de Deming.

“El ciclo PDCA es una herramienta que consiste en la aplicación de cuatro pasos que están bien definidos para la mejora continua de una actividad, área, y procesos

de una empresa” (Deming, 1896, p.23), este ciclo consta de las siguientes faces que se describen a continuación:

- a) Planificar (P): aquí se identifica el problema y las causas para que posteriormente se elabore el plan de acción.
- b) Hacer (D): aquí se implementa el plan propuesto.
- c) Verificar (C): Aquí se verifican los avances que se están llevando a base del plan de acción, además se determina si el problema que se está tratando se solucionó, en caso ya esté solucionado, nuevamente se evalúa desde un principio para una mejor retroalimentación.
- d) Actuar (A): se cierra el problema, y todos los estudios realizados se guardan como información importante de base por si se identifiquen problemas de similar condición, así mismo la información queda como aprendizaje.

En la cual para una mayor comprensión se muestra la imagen:



*Figura 5. Ciclo de Deming*  
Fuente: Adaptado de Norma ISO 9001.

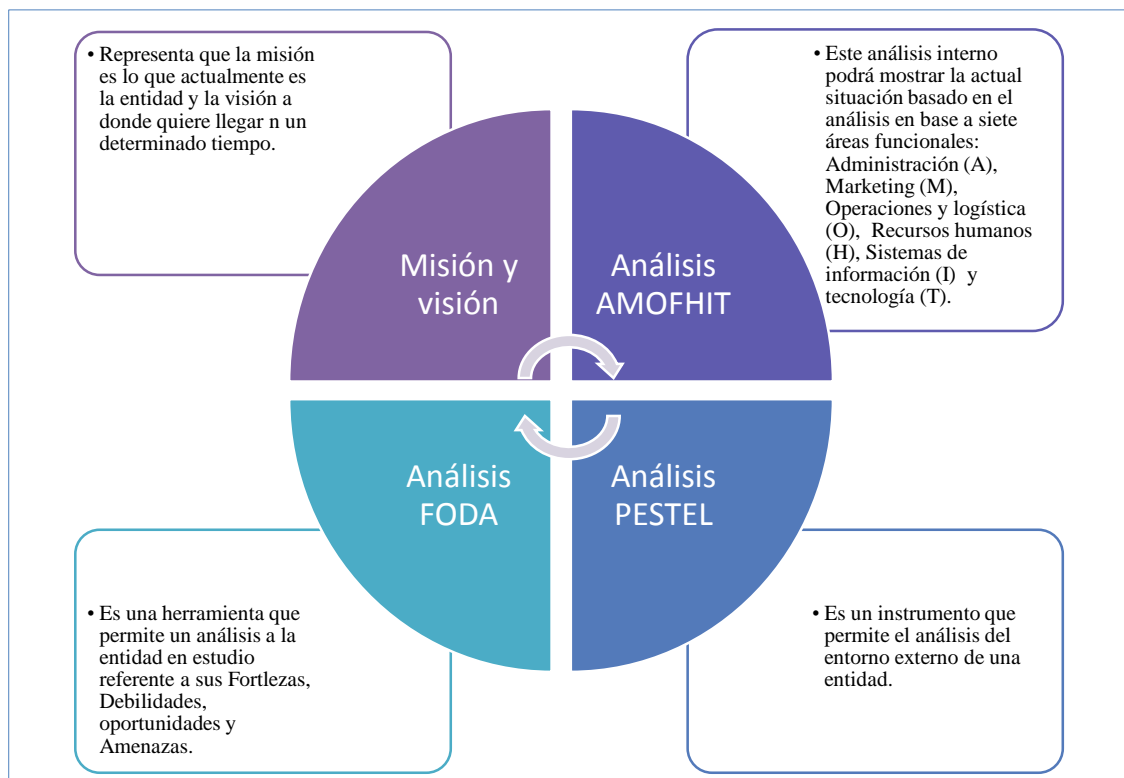
#### e) Contexto de la organización

Según la norma ISO 9001 (2015), la organización de una empresa debe de contener un análisis y seguimiento de los criterios internos y externos que afectan de forma directa a los resultados del cumplimiento de los objetivos de la entidad en estudio.



En este acápite se tiene que identificar las necesidades y expectativas de las personas que influenciarán en el desarrollo del sistema de calidad de servicio, y aquí donde se establecen los límites de los sistemas de gestión de calidad en la empresa sin que se afecte la entrega del servicio o producto (Norma ISO 9001, 2015).

Es así que dentro del análisis del contexto de la organización mediante la Norma ISO, Rojas (2016), menciona que se puede considerar los siguientes criterios:



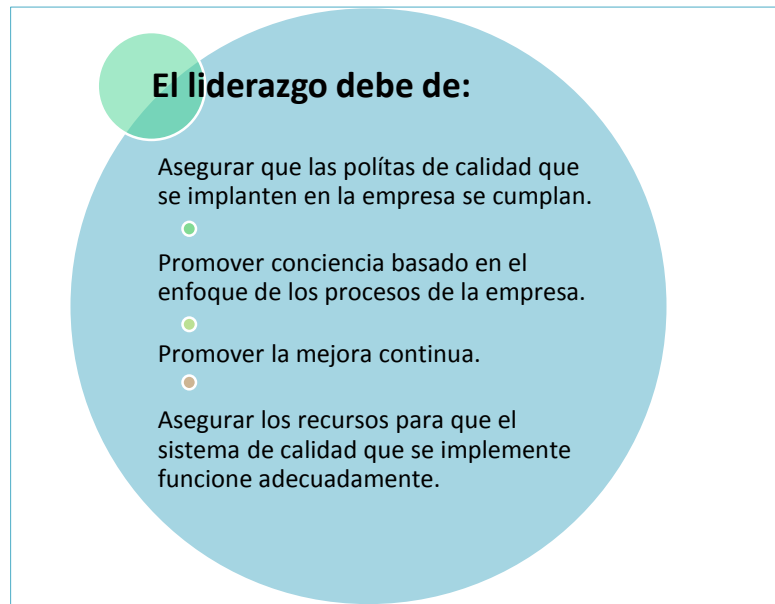
*Figura 6. Criterios del Contexto de la organización.*

Fuente: Adaptado de Rojas (2016).

## f) Liderazgo

Según Proaño (2017), el liderazgo es esencial para que una empresa se desenvuelva competitivamente en el mercado (p.34), es por ello que se requiere de esta característica para la existencia de compromiso de los colaboradores de la entidad referente al adecuado funcionamiento del sistema de gestión de calidad.

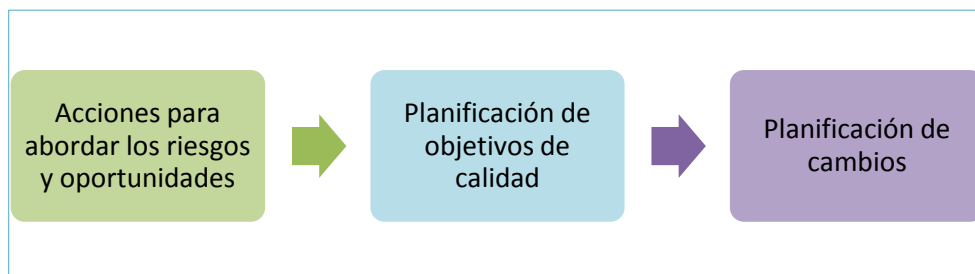
Según la Norma ISO 9001 (2015) el liderazgo en la gestión de la calidad debe de estar presente en una serie de lineamientos como:



*Figura 7. Criterios del liderazgo.*  
Fuente: Adaptado de la Norma ISO 9001 (2015).

**g) Planificación**

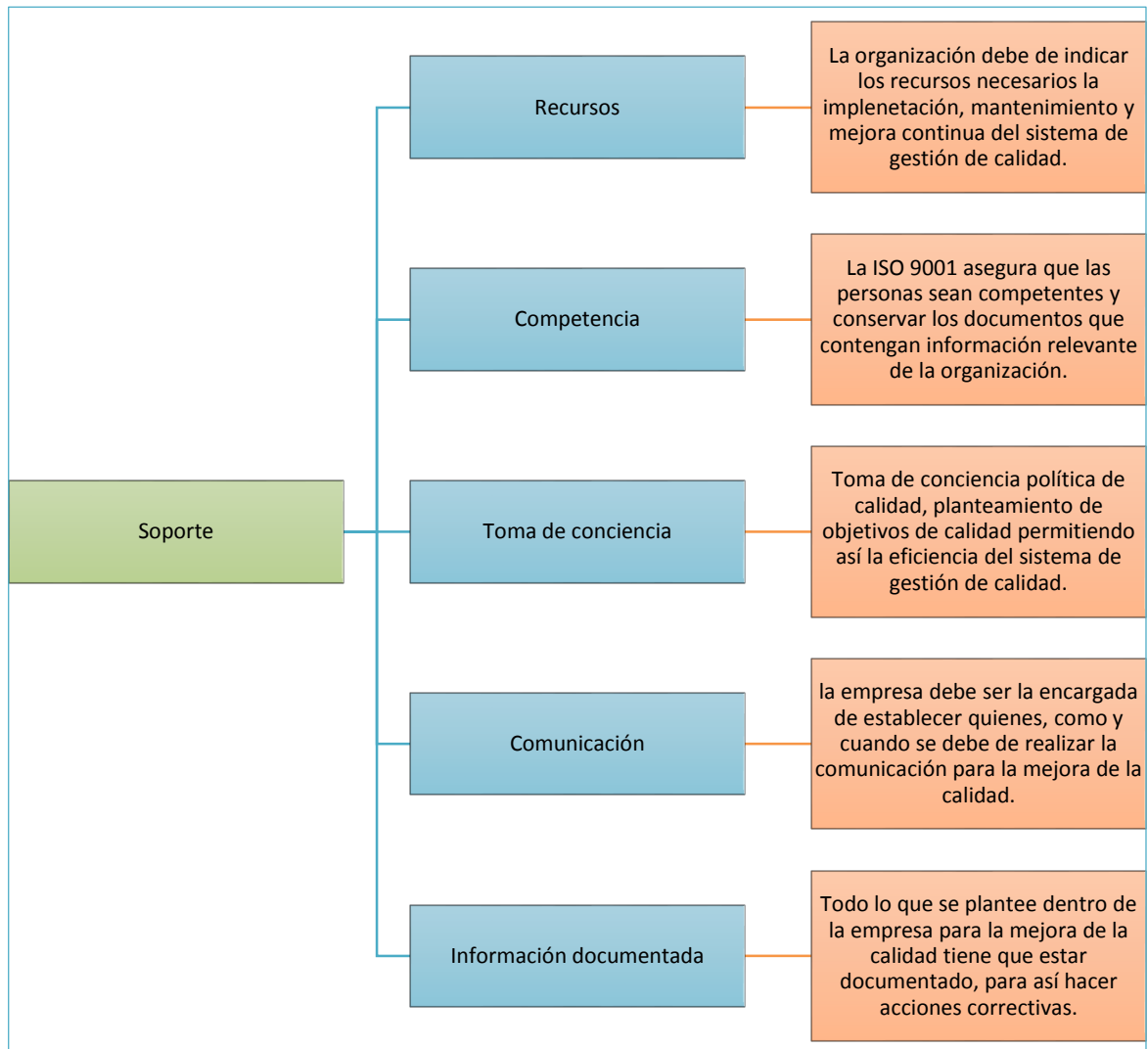
Según la Organización Internacional para la Normalización (2015), para la Norma ISO 9001, en la parte de planificación influye se tiene que tener en cuenta una serie de indicadores los cuales se pueden basar en:



*Figura 8. Indicadores de la planificación.*  
Fuente: adaptado de la Norma ISO 9001 (2015).

**h) Soporte**

Para la Norma ISO 9001 (2015), el soporte es el elemento de supervivencia y desarrollo de una entidad, esto debido a que en el se encuentra todo lo que debe de contener una organización para que el producto o servicio que se ofrezca sea de calidad, estos soportes son:

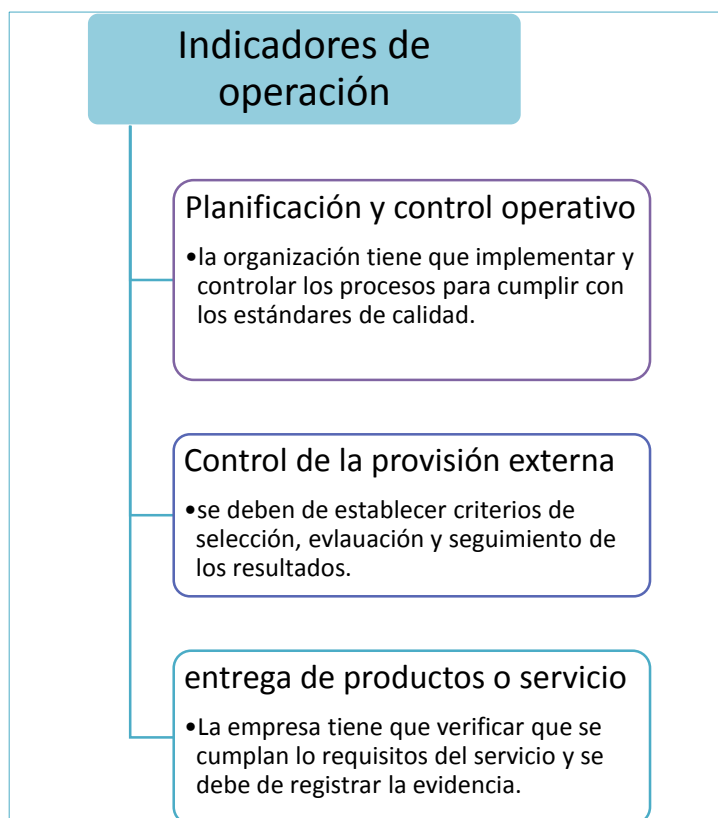


*Figura 9.* Lineamientos necesarios para el soporte del sistema de gestión de calidad.

Fuente: adaptado de la Norma ISO 9001 (2015).

### **i) Operación**

Según la Norma ISO 9001 (2015), un plan de operación posee los indicadores que se muestran a continuación.



*Figura 10.* Lineamientos necesarios para el soporte del sistema de gestión de calidad.

Fuente: Adaptado de la Norma ISO 9001 (2015).

#### **j) Evaluación de desempeño**

La organización tiene que ser la responsable de asegurar que las actividades de la gestión de calidad marchen correctamente, para ello se tiene que evaluar el desempeño y desarrollo de la calidad y para ello se tiene que tomar en cuenta la percepción de los clientes, en la cual la percepción de los clientes tiene que estar enfocada con los criterios de los puntos de vista de los clientes y su satisfacción (Norma ISO 9001, 2015).

#### **k) Mejora**

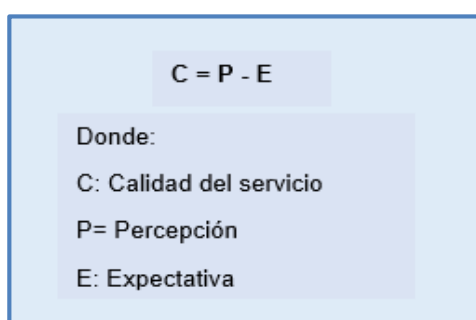
Es responsabilidad de la empresa analizar y seleccionar la problemática de la empresa y establecer la oportunidad de mejora con el único objetivo que es satisfacer a los clientes (Rojas, 2016).

Dentro de este párrafo está la mejora continua en donde se establece que si se implanta criterios de calidad en una empresa esta debe de mejorar continuamente esas estrategias en base al desarrollo y requerimiento de los clientes

### 1.7.8. Calidad de atención

La calidad de atención o también llamada calidad de servicio viene a ser la obtención de la satisfacción de una necesidad frente a un bien o servicio, cubriendo las expectativas esperadas por el cliente; además es el dinamismo perenne que existe para la constante búsqueda de la excelencia en el desarrollo de una actividad que se lleve a cabo, con la finalidad de cumplir con los requerimientos del usuario o cliente (Reyes, 2016).

El enfoque metodológico para medir la calidad de la atención se representa como la respuesta de un proceso donde el cliente hace una comparación de sus expectativas frente a la percepción que tuvo del servicio recibido; es decir la calidad del servicio es medida mediante la diferencia entre las perspectivas de los clientes y sus expectativas (Ibarra, 2015).



*Figura 11.* Enfoque metodológico del Servqual  
Fuente: Adaptado de Ibarra (2015)

Una de las maneras para determinar esta calidad de servicio es usando la metodología del Servqual siendo este un modelo que permite detectar las expectativas o satisfacción del cliente ofreciendo un enfoque claro y sencillo de comprender sobre la percepción del cliente.

#### a) **Expectativa:**

Para Tschohl (2016), las expectativas son las ideas o acciones que una persona considera que pueda darse, es un punto de referencia o límite que se establece inconscientemente para considerar la capacidad de una empresa, estas expectativas se adquieren por la información que una persona posee sobre la empresa, por la experiencia de otras personas o por el marketing de boca a boca.

Los niveles de las expectativas que puede tener una persona es variable, esto depende de los puntos de referencia que posea el cliente, así mismo estas

expectativas suelen cambiar ligereza pues depende mucho del mercado altamente competitivo.

#### b) Percepción:

Es representada por la valoración que las personas dan a los servicios recibidos de una empresa, en otras palabras, es representado por el proceso activo-constructivo en que una persona genera al recibir información y compararlos con los datos ya obtenidos en el transcurso de aprendizaje de su vida (Tschohl, 2016).

Las percepciones se encuentran relacionadas con las dimensiones de la calidad de servicio son: confiabilidad, seguridad, sensibilidad, empatía y elementos tangibles.

#### 1.7.9. Modelo Servqual.

El modelo SERVQUAL es una de las muchas técnicas enfocadas al estudio de la calidad del servicio, este modelo permite conocer las perspectivas y expectativas que tienen los clientes sobre el servicio ofrecido; además proporciona aspectos cuali-cuantitativos del cliente (Matsumoto Nishizawa, 2014).

Para Torre y Vásquez (2015) el modelo de Servqual ofrece información clara sobre la opinión, comentario o sugerencia del cliente frente al servicio que brinda una empresa así mismo el Servqual se muestra como un instrumento de ayuda a mejorar la calidad de un servicio en base a las exigencias del cliente.

El modelo Servqual puntualiza cinco dimensiones para la medición de la calidad de servicio (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 2004), dimensiones que se representan y detallan a continuación:

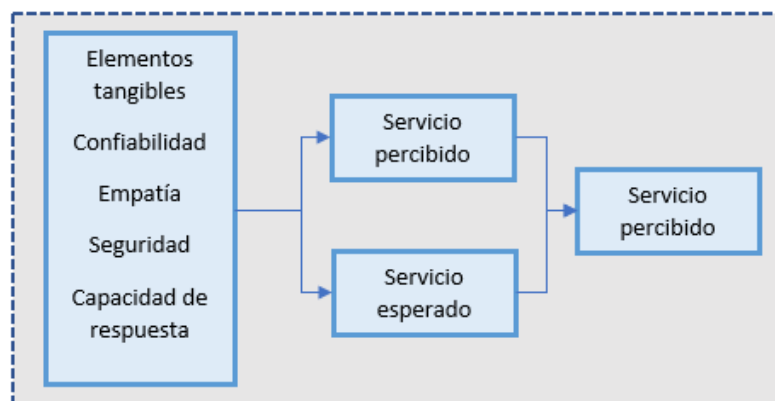


Figura 12. Modelo SERVQUAL

Fuente: Adaptado de Zeithaml, Berry y Parasuraman (2004, p.16)

Así mismo Torres y Vásquez (2015), define estas cinco dimensiones de la siguiente manera:

- a) **Elementos tangibles:** esta dimensión está representado por la infraestructura y por la disponibilidad y presentación de los colaboradores de una organización, así mismo indican los aspectos físicos que el usuario o cliente percibe de la empresa como la infraestructura, la limpieza, equipamiento, difusión, modernidad y presentación de los colaboradores (Torres y Vásquez, 2015).

<b>Infraestructura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción que el cliente tiene respecto al estado en que se encuentran las instalaciones físicas.</li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la apariencia de las instalaciones respecto a la limpieza.</li> </ul>
<b>Equipamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la disponibilidad y comodidad de los materiales o equipamiento de la institución.</li> </ul>
<b>Difusión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de los materiales utilizados para la difusión de publicidad para el posicionamiento de la empresa.</li> </ul>
<b>Presentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la presentación pulcra de los colaboradores de la organización.</li> </ul>

*Figura 13.* Indicadores de la dimensión elementos tangibles.

Fuente: Adaptado de Torres y Vásquez (2015).

- b) **Confiabilidad:** se manifiesta como la manera en que se ofrece el servicio modo confiable y cuidadoso (Torres y Vásquez, 2015).

<b>Comportamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la conducta del colaborador que ofrece el servicio.</li> </ul>
<b>Interés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición o afecto que muestran los colaboradores de la organización para darle solución a los problemas que tienen los clientes.</li> </ul>
<b>Confianza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la disponibilidad y comodidad de los materiales o equipamiento de la institución.</li> </ul>
<b>Difusión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción que tienen los clientes sobre la confianza que brindan los colaboradores de una empresa.</li> </ul>
<b>Orientación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la información de las indicaciones que ofrecen los colaboradores hacia los clientes.</li> </ul>

*Figura 14.* Indicadores de la dimensión confiabilidad.

Fuente: Adaptado de Torres y Vásquez (2015).

c) **Capacidad de respuesta:** es la disposición para satisfacer la necesidad de forma rápida y eficiente.

<b>Comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción que los clientes tienen de la comunicación asertiva que manejan los colaboradores de una empresa.</li> </ul>
<b>Tiempo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción del tiempo de espera que tienen los clientes para recibir el servicio de la empresa por parte de los trabajadores.</li> </ul>
<b>Rapidez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la rapidez el servicio que brindan los colaboradores de una organización.</li> </ul>
<b>Respuestas a dudas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la capacidad que tienen los colaboradores de una empresa para responder las preguntas de los clientes.</li> </ul>

*Figura 15.* Indicadores de la dimensión capacidad de respuesta.  
Fuente: Adaptado de Torres y Vásquez (2015).

d) **Seguridad:** llega a enfatizar los conocimientos y atención mostrado por los colaboradores de la organización para transmitir confianza.

<b>Servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la seguridad física del servicio que se ofrece en la empresa.</li> </ul>
<b>Tecnología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la tecnología de seguridad que presenta la entidad que ofrece el servicio.</li> </ul>
<b>Señalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la ubicación adecuada correspondiente a las señales de seguridad de la empresa..</li> </ul>
<b>Trabajadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción que tienen los clientes respecto a la seguridad que muestran los colaboradores.</li> </ul>
<b>Horarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de los horarios que maneja la institución.</li> </ul>

*Figura 16.* Indicadores de la dimensión Seguridad.  
Fuente: Adaptado de Torres y Vásquez (2015).



e) **Empatía:** es la presentación del servicio de manera personalizada de tal manera que el cliente se encuentre a gusto con lo recibido.

<b>Esmero</b>	•Percepción del entusiasmo y esmero e muestran los trabajadores para los clientes.
<b>Personalización</b>	•Percepción del servicio personalizado que ofrecen los colaboradores de una entidad.
<b>Buen trato</b>	•Percepción de la cortesía y buen trato que brindan los colaboradores de una empresa a los clientes.
<b>Comprensión</b>	•Entendimiento y comprensión que tiene los trabajadores de una entidad para guardar buena relación y comunicación con los clientes.

*Figura 17.* Indicadores de la dimensión empatía.

Fuente: Adaptado de Torres y Vásquez (2015).

Para la interpretación según Ibarra, (2015) estas dimensiones serán evaluadas mediante la escala de Likert de cinco puntos, donde se colocará el rango de porcentaje de satisfacción del cliente el cual radicará del 0%-100%.

Tabla 1.

*Significado de la escala de Likert.*

Puntuación	Nivel de Likert	Rango de porcentaje de satisfacción del cliente
<0-1]	Totalmente insatisfecho	0-20
<1-2]	Insatisfecho	20-40
<2-3]	Indiferente	40-60
<3-4]	Satisfecho	60-80
<4-5]	Totalmente satisfecho	80-100

Fuente: Adaptado de Ibarra (2015)

Para evaluar la calidad de servicio se debe de estimar el puntaje de percepción que tiene el cliente hacia el servicio, una vez encontrado el valor se procederá a restar con la expectativa (la que se establecerá un puntaje límite de cinco). Una vez efectuada la resta se obtendrá un puntaje de (-5 a 0), indicando que si el cálculo llega a cero pues el servicio que se ofrece cubre las expectativas del usuario, creando clientes satisfechos, de lo contrario si el puntaje es negativo esta indica

que la percepción que tiene el usuario está por debajo de sus expectativas, creando así clientes insatisfechos; por lo tanto, mientras el resultado se acerca más al cero mayor es la satisfacción del cliente (Ibarra, 2015).

## 1.8. Definición de términos básicos

**Organización/institución:** es una entidad o empresa que está conformada por un conjunto de personas que se dedican a ofrecer un determinado servicio o producto a la sociedad, con el propósito de conseguir beneficios económicos o sociales (García & Casanueva, 2015).

**Usuario/cliente:** es la persona, entidad, empresa u organización que adquiere un producto o servicios a fin de que se satisfaga la necesidad que desea, por otro lado, es el motivo principal de que el comercio o mercado se desarrolle día a día (García & Casanueva, 2015).

**Satisfacción del usuario:** es el sentimiento que tiene una persona al momento de adquirir un producto o servicio, el cual cubre las expectativas que tuvo antes de adquirirlo, así mismo es el requisito que las empresas tienen que tener en cuenta para que una empresa se posicione en la mente del consumidor, cabe recalcar que la satisfacción de un cliente no solo se basa en la calidad de los servicios sino también en el diseño del ambiente que ofrece el servicio (Ibarra, 2015)

**Servicio:** es la actividad que puede ser identificable o tangible, un servicio es el objeto principal de transacción en el mercado, enfocado en ofrecerle al cliente con el propósito de que se satisfagan sus necesidades y expectativas (Tschohl, 2016)

**Calidad de un servicio:** viene a ser la obtención de la satisfacción de una necesidad frente a un bien o servicio, cubriendo las expectativas esperadas por el cliente; además es el dinamismo perenne que existe para la constante búsqueda de la excelencia en el desarrollo de una actividad que se lleve a cabo, con la finalidad de cumplir con los requerimientos del usuario o cliente (Reyes, 2016).

**Plan de mejora:** Es una herramienta que permite gestionar la calidad de una determina área, fomentando el compromiso y la responsabilidad organizacional junto al apoyo y colaboración de todos los integrantes de la institución (Martínez, 2013, p.56)

**Mejora continua:** viene a ser el enfoque para mejorar los procesos de una determinada empresa, este consiste en la revisión constante de los procesos a fin de solucionar problemas, para que el desarrollo y crecimiento de la institución se aliene a los objetivos, misión y visión (Deming, 1986).

**Servqual:** el modelo de Servqual ofrece información clara sobre la opinión, comentario o sugerencia del cliente frente al servicio que brinda una empresa así mismo el Servqual se muestra como un instrumento de ayuda a mejorar la calidad de un servicio en base a las exigencias del cliente (Torres y Vásquez, 2015).

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. Variables de estudio**

Variable 1: Plan de mejora

Según la Norma Internacional ISO 9001(2015), un plan de mejora ayuda a que se establezcan los puntos claves de solución frente a una situación de problema que afronta una organización, en donde se busca ofrecer un servicio de calidad, basado en un estudio profundo a la entidad objeto de estudio.

Variable 2: Calidad de atención

La calidad de atención o también llamada calidad de servicio viene a ser la obtención de la satisfacción de una necesidad frente a un bien o servicio, cubriendo las expectativas esperadas por el cliente; además es el dinamismo perenne que existe para la constante búsqueda de la excelencia en el desarrollo de una actividad que se lleve a cabo, con la finalidad de cumplir con los requerimientos del usuario o cliente (Reyes, 2016).

## 2.2. Operacionalización de las variables

Tabla 2.  
Operacionalización de la variable 1.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Plan de mejora	<p>Un plan de mejora “es una herramienta que permite gestionar la calidad de una determina área, fomentando el compromiso y la responsabilidad organizacional junto al apoyo y colaboración de todos los integrantes de la institución” (Martínez, 2013).</p> <p>Según la Norma Internacional ISO 9001(2015), un plan de mejora ayuda a que se establezcan los puntos claves de solución frente a una situación de problema que afronta una organización, en donde se busca ofrecer un servicio de calidad, baso en un estudio profundo a la entidad objeto de estudio.</p>	Enfoque basado en procesos	Planificar	Nominal
			Hacer	
			Verificar	
			Actuar	
		Contexto de la organización	Misión y visión	
			AMOFHIT	
			FODA	
		Liderazgo	PESTE	
			Compromiso organizacional y políticas de calidad	
		Planificación	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	
			Objetivos de calidad	
			Plan de cambios	
		Soporte	Gestión de talento humano	
			Competencia	
			Toma de conciencia y comunicación	
		Operación	Planificación y control operacional	
Diseño del servicio.				
Control de procesos				
Evaluación del desempeño	Auditoría interna			
	Revisión por la dirección.			
Mejora	Acción correctiva			
	Mejora continua			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3.  
Operacionalización de la variable 2.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 2: Calidad de atención	Viene a ser la obtención de la satisfacción de una necesidad frente a un bien o servicio, cubriendo las expectativas esperadas por el usuario; además es el dinamismo perenne que existe para la constante búsqueda de la excelencia en el desarrollo de una actividad que se lleve a cabo, con la finalidad de cumplir con los requerimientos del usuario o cliente (Reyes, 2016).	Elementos tangibles	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Condiciones de las instalaciones físicas.</li> <li>2. Limpieza de los ambientes, equipamiento y mobiliario</li> <li>3. Adecuada presentación pulcra del personal asistencial</li> <li>4. Disponibilidad de equipamiento y mobiliario</li> <li>5. Visualidad de los anuncios, afiches, periódico mural.</li> </ol>	Ordinal
		Confiabilidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiempo de espera</li> <li>2. Cumplimiento de la fecha y hora de la cita programada</li> <li>3. Confianza y tranquilidad que le delega el personal asistencial</li> <li>4. Información y orientación que el personal asistencial ofrece</li> </ol>	
		Empatía	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servicio personalizado.</li> <li>2. Cortesía y buen trato.</li> <li>3. Interés que le muestra el recurso humano.</li> <li>4. Explicación de los resultados clínicos.</li> </ol>	
		Seguridad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de la enfermedad.</li> <li>2. Visualización de las capacitaciones</li> <li>3. Cumplimiento de las medidas de salubridad</li> <li>4. Explicaciones del tratamiento</li> <li>5. Ubicación y visualidad de las señales de seguridad.</li> </ol>	
		Capacidad de respuesta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trámites y procesos.</li> <li>2. Repuestas adecuadas.</li> <li>3. Horarios de atención.</li> <li>4. Atención adecuada en el menor tiempo posible</li> </ol>	

Fuente: Elaboración propia

## **2.3. Diseño de la investigación**

### **2.3.1. Tipo**

#### **a) Según el enfoque: cuantitativa**

La investigación presentó un enfoque cuantitativo, por lo que la información que se recoja con los instrumentos es para probar la hipótesis a través de términos estadísticos (Hernández Siampieri, 2014), es decir que en el estudio para el análisis de los datos que se obtengan se utilizarán frecuencias y porcentajes, los cuales brindarán un mejor alcance para la interpretación de la información que se adquiera.

#### **b) Según tipo: Básica**

El estudio presenta un tipo de investigación básica porque según Hernández (2014) se centra en aumentar el conocimiento de las variables en estudio acorde a la realidad, en la cual se determina el comportamiento en función a los objetivos planteados en la investigación.

#### **c) Según el nivel: Descriptivo**

El nivel de la investigación es descriptivo, por lo que se tuvo por propósito el conocer la incidencia de las variables en una población, es decir se establecen las variables a un grupo de personas con la finalidad de obtener una descripción en su estado real sin influenciar sobre ello (Hernández, 2014).

### **2.3.2. Diseño**

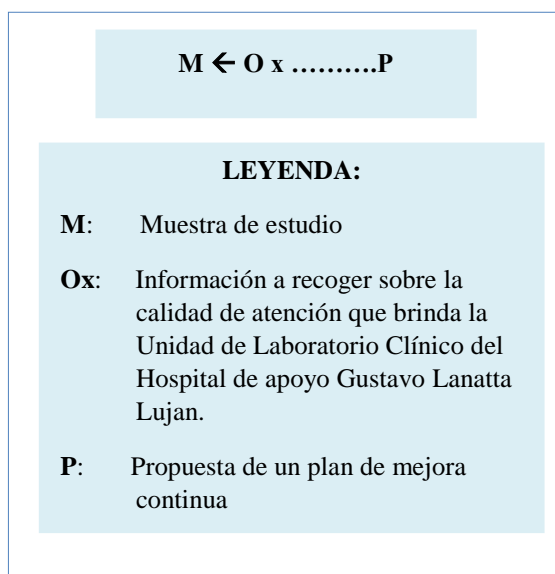
#### **a) No experimental**

La investigación tuvo un diseño no experimental, es decir según Hernández (2014), el investigador no generó ninguna manipulación de las variables y se solo las analizó en su estado natural, es decir los datos que se obtuvieron para el análisis estadístico no sufrieron alteración alguna, en la cual se buscó mejorar la objetividad del estudio de tal forma que se hagan buenas recomendaciones o propuestas frente al foco problema.

#### **b) Transversal**

Por otro lado, la investigación presentó un diseño transversal, por lo que la información base para el estudio se recogieron solo una vez y fue al inicio de la investigación, en

la cual Hernández (2014) enfatiza que el diseño transversal está enfocado solo a un instante de tiempo es decir los datos que se requieran se solicitarán en un solo periodo de tiempo por única vez.



*Figura 18.* Diseño de la investigación.  
Fuente: Elaboración propia.

## 2.4. Población, muestra y muestreo

### a) Población

Tamayo (2014), menciona que la población viene a ser el conjunto de personas que poseen características similares de los cuales se tiene interés para realizarle un análisis o investigación (p.35).

Para la investigación la población estuvo referenciada por:

El personal asistencial: la población estuvo referenciada por los trabajadores que laboran en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan, los cuales según la oficina de Planeamiento estratégico de la institución son total de 13 colaboradores en el área de estudio de los cuales tres son biólogos, dos médicos, seis técnicos en laboratorio y dos auxiliares de laboratorio, constituyen la población 1.

Usuarios: así mismo, con la información otorgada por la oficina de planeamiento estratégico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan, se tiene que la Unidad de



Laboratorio Clínico cuenta con un promedio de 1500 pacientes mensuales, los mismos que constituyeron la población 2.

## b) Muestra y muestreo

La muestra es el grupo de personas representativas o seleccionadas de una determinada población para ser objetos de estudio dentro de una investigación (Tamayo, 2014, p.36), por lo que para el cálculo de la muestra de la investigación se tomará en cuenta:

El personal asistencial: para el cálculo de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico – por conveniencia, es decir se seleccionó de acuerdo a la necesidad de la investigación, determinando que se eligió la encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico, por ser quien posee los conocimientos para el adecuado análisis y desarrollo de la propuesta, quien constituye la muestra 1.

Usuarios: para el cálculo de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico simple donde se seleccionó a 306 personas del total de la población de 1 500 usuarios que se atienden en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján para que sean objeto de estudio de la investigación, de los cuales se obtuvo información relevante para determinar la calidad de atención que brinda el área y poder proponer el plan de mejora continua, para calcularla se toma en cuenta la población como base (1 500 usuarios), con un porcentaje de confianza del 95% y un margen de error del 5%, datos que serán remplazados en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 (p * q)}{e^2 + \left( \frac{z^2 (p * q)}{N} \right)}$$

**Donde:**

*n* → Tamaño de la muestra

*N* → Tamaño de la población

*z* → Nivel de confianza

*p* → Proporción de la población con la característica deseada

*q* → Proporción de la población sin la característica deseada

*e* → Nivel de error dispuesto a cometer

Figura 19. Ecuación para calcular la muestra

Fuente: Elaboración propia

Reemplazando los datos se tiene:

$n \rightarrow$  Muestra a calcular

$N \rightarrow 1\ 500$

$z \rightarrow (1 - \alpha = 0.95)$  Según la Tabla de Distribución normal es igual a 1.96

$p \rightarrow 0.5$

$q \rightarrow 0.5$

$e \rightarrow 0.05$

$$n = \frac{z^2 (p * q)}{e^2 + \left( \frac{z^2 (p * q)}{N} \right)}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5 * 0.5)}{(0.05)^2 + \left( \frac{(1.96)^2 (0.5 * 0.5)}{1500} \right)}$$
$$n = 306$$

Figura 20. Muestra de la investigación

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, se establece que el tamaño de la muestra es de 306 usuarios los cuales constituyen la muestra 2.

## 2.5. Métodos

En cuanto a la hipótesis, el objetivo general planteado y conforme a la metodología seleccionada, se emplearon los siguientes métodos:

Método de análisis – síntesis: este se lleva a cabo mediante la información obtenida de las diferentes consultas a la bibliografía y referente a la caracterización del campo de la investigación.

Método inductivo – deductivo: se utilizó en el análisis para determinar la correspondencia y relación entre la propuesta que se pretende desarrollar con los resultados que se obtendrán de la aplicación de los instrumentos a la muestra objeto de estudio.

## **2.6. Técnicas e instrumentos**

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos son los medios que permiten la recolección de información en el trabajo de campo a realizar y son el soporte para la justificación de la investigación (Hernández, 2014). En la presente investigación se analizarán las siguientes técnicas e instrumentos:

### **a) Técnicas:**

Se utilizaron las técnicas de entrevista y encuestas, los mismos que estuvieron determinados por los siguientes instrumentos que permitieron el recojo de información pertinente:

### **b) Instrumentos:**

Guía de entrevista: permitió obtener información oportuna y confiable de la jefa encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital a fin de determinar las estrategias de calidad de atención que desarrollan. (Ver anexo N°2)

Cuestionario: permitió recolectar información relevante sobre la calidad de atención que perciben los usuarios de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital en estudio. (Ver anexo N°3)

## **2.7. Procedimiento**

La presente investigación se desarrolló en las siguientes fases:

Primera fase: se puso en marcha el estudio, con la elección del tema que se deseaba investigar, se planteó la realidad problemática, se apoyó de los antecedentes y teoría para conocer más del tema a investigar, lo que permitió el planteamiento de los objetivos, la importancia y justificación.

Segunda fase: en esta fase se conoció más las variables, donde se plantearon las técnicas e instrumentos acorde a las variables y objetivos, se conoció la población y muestra que serán objetos de estudio y se conoció la esencia tipo y diseño de la investigación.

Tercera fase: aquí los instrumentos planteados serán aplicados a la muestra, se realizará el análisis e interpretación de los resultados que se obtengan, para

posteriormente establecer un plan de mejora que se alinee a solucionar la problemática que se identifique; de tal manera que se mejore la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan.

## **2.8. Análisis de los datos**

El procesamiento de los análisis de los datos se llevó a cabo mediante la herramienta del SPSS STATICS 25, que se utilizará para el análisis e interpretación de los datos, mientras que para su presentación en tablas y figura se hará uso de la herramienta de Microsoft Excel, la que permitirá personalizar el diseño para una mejor visualización.

### **III.RESULTADOS**

Este capítulo se llevó a cabo mediante el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a la muestra en estudio, donde se realizaron tablas y figuras para un mejor entendimiento permitiendo el cumplimiento de los objetivos específicos.

#### **a) Diagnóstico de la situación actual de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján.**

El Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján, identificado con Código RENAES N°5044 pertenece a la Red de Bagua y se encuentra ubicado en la provincia de Bagua, Amazonas, este establecimiento de salud fue inaugurado en el año 1986 como un centro de salud, el cual hasta la actualidad lleva 33 años de funcionamiento.

Hoy en día el hospital presenta una categoría de II-1, el cual tiene por garantizar las 24 horas de funcionamiento atendiendo emergencias y hospitalización, y 12 horas para las atenciones diarias requeridas para estudios a los pacientes.

El propósito de esta entidad de salud es garantizar y acreditar los servicios hospitalarios necesarios y de buena calidad a los pacientes de la Red de Salud de Bagua, a pesar de ser un establecimiento que ofrece uno de los servicios con mayor cobertura y que dispone de diferentes áreas para los diagnósticos, control y cura de enfermedades, este en los últimos años, viene presentando vulnerabilidad en la Unidad de Laboratorio Clínico, cabe mencionar que esta unidad es una de las más recurridas por los pacientes tanto del mismo hospital como de toda la Red de Bagua por ser el laboratorio más completo existente en la provincia, con lo que se espera que los usuarios se encuentren satisfechos con el servicio, sin embargo no se refleja la atención que ellos requieren.

En una entrevista realizada a la encargada del área, mencionó que la unidad necesita de un mejor ambiente, puesto que viene presentando deficiencias de las cuales la mayor parte es respecto a infraestructura y organización del personal, en la cual indicó que el plan estratégico que maneja la institución no se actualiza cada año sino que se viene presentando el mismo por el tiempo promedio de siete años

consecutivos, así mismo la Unidad de Laboratorio Clínico no dispone de un plan estratégico que guíe al personal al cumplimiento de las metas, ni a saber cuáles son con exactitud las funciones específicas que le corresponden a cada uno.

Por otro lado, recalcó que a pesar de las evaluaciones estratégicas que se le realiza al personal para el fortalecimiento de la identidad, este viene siendo solo palabras, por lo que no se pone en práctica las ideas plasmadas en papel.

Además en la entrevista realizada la licenciada en Biología-Microbiología manifestó que la infraestructura no permite atender a tiempo a los pacientes que desde muy temprano tienen que hacer arduas colas para que sean atendidos con tiempo, causando aflicción, incomodidad e insatisfacción en los pacientes, a los cuales el tiempo para atenderlos de manera efectiva es un promedio de 10 minutos como máximo por paciente, pero debido a que se necesita mayor capacitación y apoyo en la infraestructura el tiempo de atención se extiende a 15 minutos a más por paciente, situación problemática tanto para el usuario como para los médicos y técnicos del área.

Rescatándose de que el hospital requiere de un mejor servicio hacia el usuario, siendo así que los mismos médicos sienten un aura de insatisfacción tanto por los que son los responsables del área, así como también por los usuarios, los cuales al no ser atendidos de la manera que esperan muestran su disconformidad mediante gestos, palabras y actitudes ocasionado mayor turbulencia dentro de la Unidad de Laboratorio Clínico.

**b) Análisis de la calidad de atención que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján mediante la metodología del Servqual.**

Para determinar la percepción del usuario frente al servicio que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján se aplicó una encuesta a 306 usuarios basado en la metodología del Servqual, herramienta que está establecida por el MINSA en la Resolución Ministerial N°527-2011, la cual consta de cinco dimensiones, las cuales se analizarán a continuación:

### b.1. Elementos tangibles

Tabla 4.  
*Condiciones de las instalaciones físicas*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	276	90%
Insatisfecho	23	8%
Indiferente	7	2%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

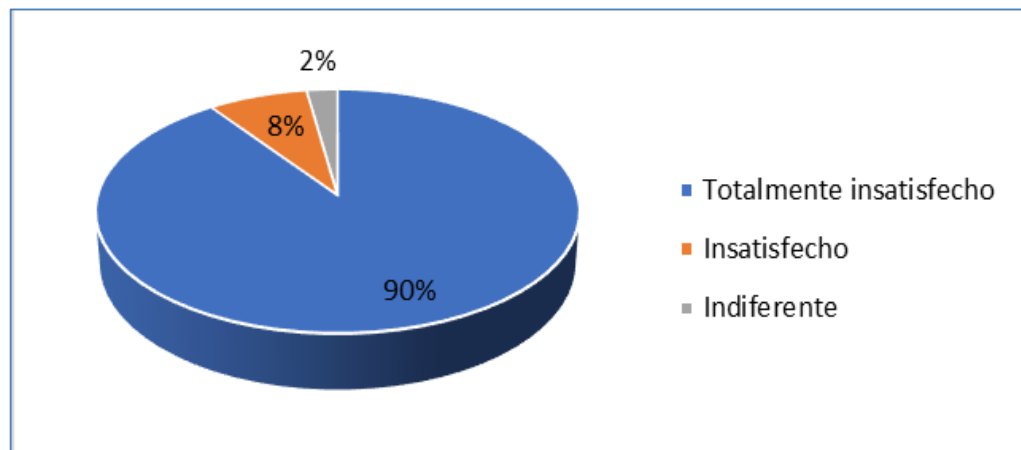


Figura 21. Condiciones de las instalaciones físicas

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°21 se puede observar que el 90% de los encuestados manifestaron que la Unidad de Laboratorio Clínico no dispone de infraestructura, equipamiento y mobiliario en perfectas condiciones para la atención de los usuarios, mientras que un reducido 2% se mostró indiferente, resultados que se interpretan en que el establecimiento de salud no cuenta con la infraestructura adecuada para brindar una buena atención, situación problemática que afecta a los usuarios y al desenvolvimiento adecuado de las funciones del personal asistencial.

Tabla 5.  
Ambientes, equipamiento y mobiliarios limpios.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	8	3%
Insatisfecho	27	9%
Indiferente	6	2%
Satisfecho	231	76%
Totalmente satisfecho	33	11%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

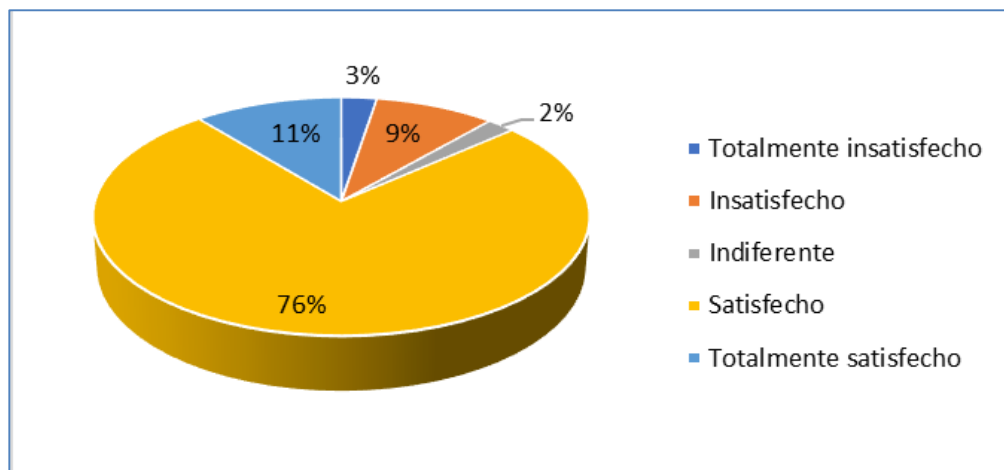


Figura 22. Ambientes, equipamiento y mobiliarios limpios.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°22 se puede observar que el 76% de los encuestados señalaron que se encuentran satisfechos con respecto a la limpieza de los ambientes, equipamiento y mobiliario de la Unidad de Laboratorio clínico, mientras que el 2% se mostró indiferente y el 9% referenciaron que se encuentran insatisfechos con los ambientes denotando que no demuestran limpieza, donde analizando los resultados se señala que a pesar del poco equipamiento, mobiliario y estado de las instalaciones físicas que dispone el laboratorio, los ambientes se encuentran limpios, situación que favorece a la satisfacción de los usuarios puesto que se sentirán más cómodos con el servicio a recibir.



Tabla 6.  
Presentación limpia y adecuada del personal.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	10	3%
Insatisfecho	26	8%
Indiferente	18	6%
Satisfecho	167	55%
Totalmente satisfecho	85	28%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

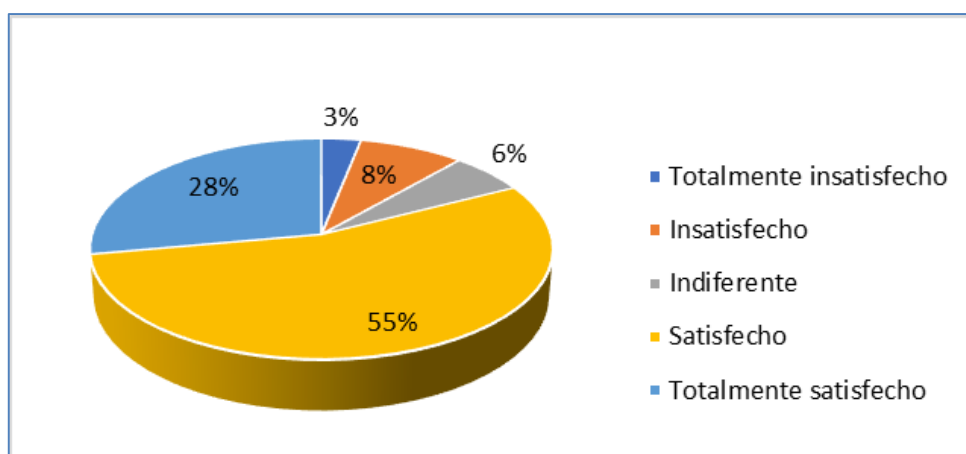


Figura 23. Presentación limpia y adecuada del personal.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura anterior se puede contemplar que el 83% de los usuarios encuestado manifestaron que se encuentran satisfechos con la presentación limpia y adecuada que presenta el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico, mientras que un 6% se mostró indiferente, sin embargo un reducido 11% señalaron estar en desacuerdo con la presentación limpia de los colaboradores, resultado que indica que el personal asistencial si presenta una imagen pulcra ante la mayoría de los usuarios.

Tabla 7.  
Suficiente equipo y mobiliario.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	251	82%
Insatisfecho	32	10%
Indiferente	17	5%
Satisfecho	6	2%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

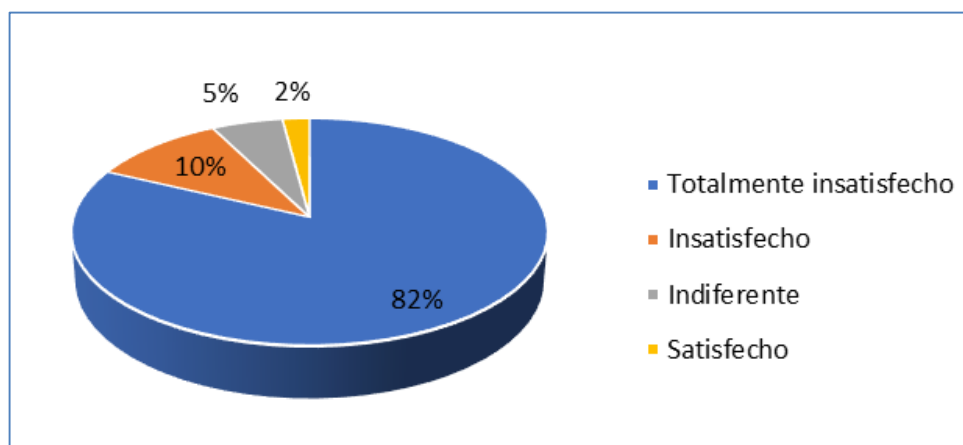


Figura 24. Suficiente equipo y mobiliario.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°24 se puede notar que el 92% de los encuestados manifestaron encontrarse insatisfechos con el equipamiento y mobiliario del establecimiento de salud pues no son suficientes para la atención de los usuarios, el 5% se mostró indiferente y un reducido 2% señaló que el establecimiento si cuenta con suficiente equipo y mobiliario, resultados que establecen el laboratorio clínico presenta problemas de disponibilidad de equipamiento lo que causa que los usuarios nos sean atendidos de manera inadecuada así mismo, dificulta al personal asistencial a brindar un adecuado diagnóstico a sus paciente.

Tabla 8.  
*Visualidad de anuncios, afiches, periódico mural.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	195	64%
Insatisfecho	73	24%
Indiferente	22	7%
Satisfecho	15	5%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

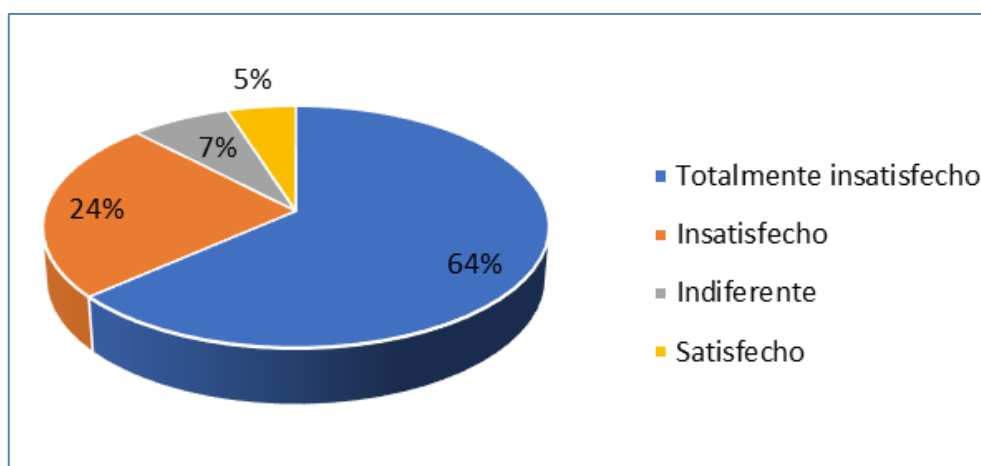


Figura 25. Visualidad de anuncios, afiches, periódico mural.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°25 se puede percibir que el 88% de los usuarios manifestaron que el establecimiento de salud no dispone de los instrumentos necesarios para que el personal asistencial desarrolle sus roles ofreciendo un servicio adecuado, el 7% se mostró indiferente, mientras que un reducido 5% se encontró satisfecho en que si existe la disposición de los instrumentos, resultados que evidenciaron que el personal asistencial de la unidad de laboratorio clínico no dispone de los instrumentos necesarios para brindar sus servicios, afectado al buen desempeño del establecimiento de salud.

## b.2. Confiabilidad

Tabla 9.  
*Tiempo de espera adecuado.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	160	52%
Insatisfecho	108	35%
Indiferente	8	3%
Satisfecho	21	7%
Totalmente satisfecho	10	3%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

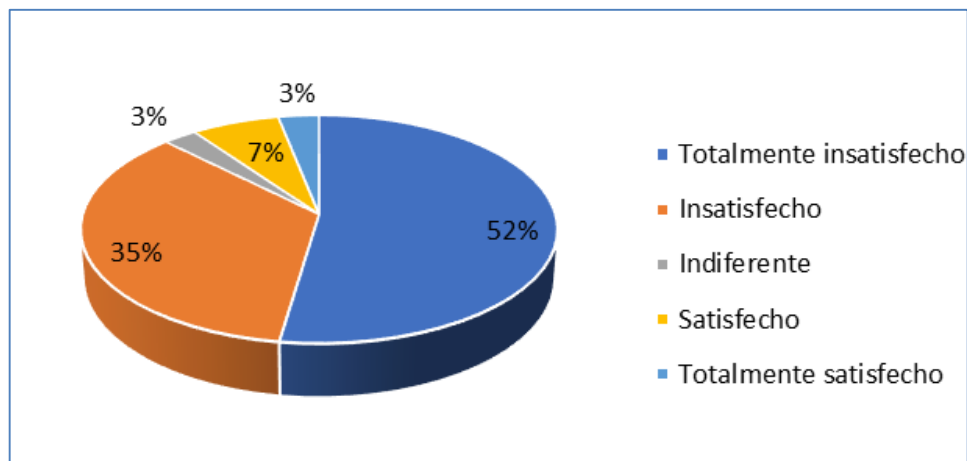


Figura 26. Tiempo de espera adecuado.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°26 se puede observar que, el 87% manifestaron que el lapso de tiempo que el usuario permanece en el establecimiento de salud desde la llegada hasta la atención supera los 20 minutos, el 3% se mostró indiferente, mientras que el 10% señaló que el tiempo de espera es el adecuado, resultados que demuestran que los usuarios del laboratorio clínico esperan más de 20 minutos para su atención, causando incomodidad, impaciencia e insatisfacción con el servicio que reciben del establecimiento de salud, así mismo se puede decir que el personal no es suficiente puesto que no se brinda una atención rápida.

Tabla 10.  
Cumplimiento de la cita programada.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	59	19%
Insatisfecho	208	68%
Indiferente	28	9%
Satisfecho	11	4%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

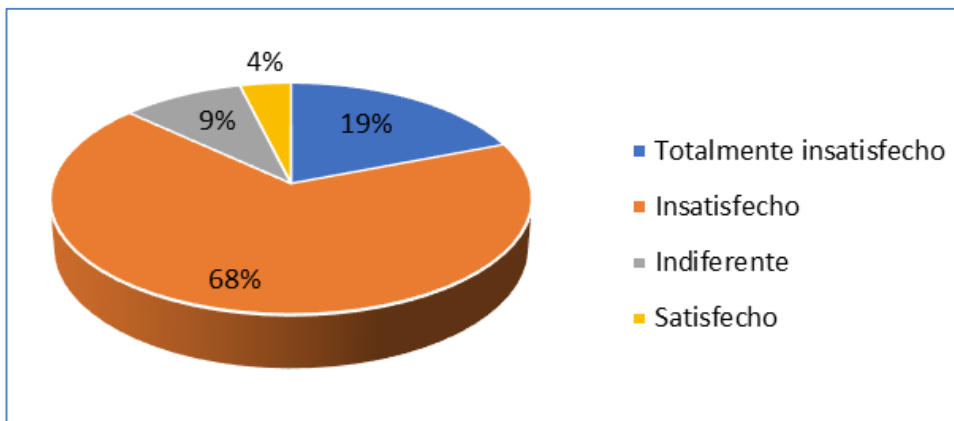


Figura 27. Cumplimiento de la cita programada.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

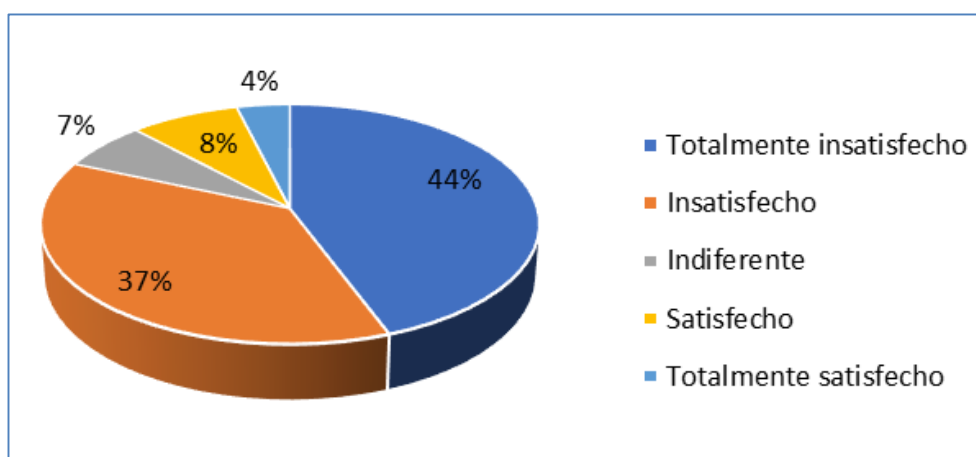
Interpretación: en la figura N°27 se puede notar que 87% de los usuarios encuestados indican que la cita que ellos programan en el laboratorio clínico, no respeta la fecha y hora establecida, el 9% se mostró indiferente, mientras que un reducido 4% se encontró satisfecho con el cumplimiento de la cita programada, resultados que establecen que el personal asistencial la Unidad de Laboratorio Clínico no atiende a sus pacientes en las horas que ellos mismos programan, causando que los pacientes esperen mucho más tiempo al que estuvo destinada su atención.

Tabla 11.

*Delegación de confianza, tranquilidad y ánimo.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	135	44%
Insatisfecho	114	37%
Indiferente	20	7%
Satisfecho	25	8%
Totalmente satisfecho	12	4%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.



*Figura 28. Delegación de confianza, tranquilidad y ánimo por parte.*

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

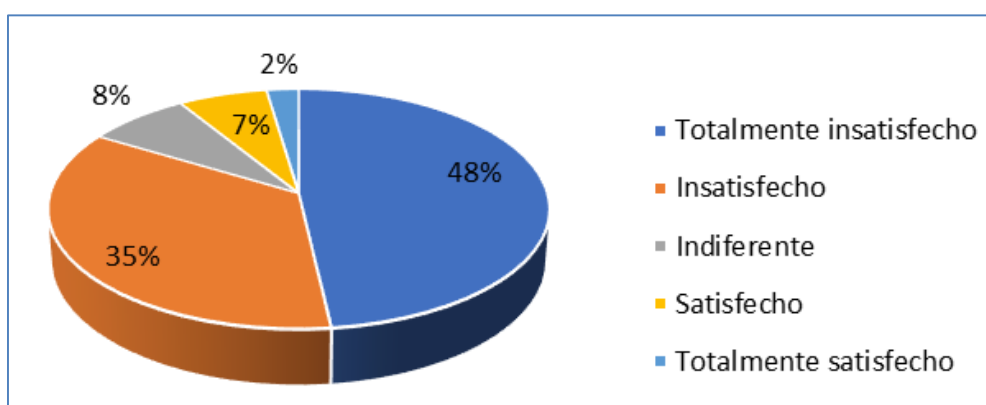
Interpretación: en la figura N°28 se puede acotar que, el 81% de los usuarios encuestados manifestaron el recurso humano del establecimiento de salud no le delega confianza, tranquilidad y ánimo, el 7% se mostró indiferente, mientras que el 12% se señaló que el personal asistencial si le delega confianza, resultados que indican que los usuarios no sienten confianza hacia los colaboradores del Laboratorio clínico, afectando a los pacientes puesto que las instrucciones de cómo tratar su enfermedad no lo aplicarán al pie de la letra por temor y falta de confianza..

Tabla 12.

*Adecuada Información y orientación por parte del personal.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	147	48%
Insatisfecho	108	35%
Indiferente	23	8%
Satisfecho	20	7%
Totalmente satisfecho	7	2%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.



*Figura 29. Adecuada Información y orientación por parte del personal.*

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°29 se puede percibir que el 83% de los usuarios encuestados indican que la Unidad de Laboratorio Clínico no ofrece amplia información y orientación sobre los procesos que debe de llevar a cabo para ser atendido, el 8% se mostró indiferente, mientras que el 9% se encontró satisfecho con la información oportuna que brindan sobre los pasos a seguir para ser atendido, resultados que establecen que el personal asistencial no brinda suficiente información a los usuarios la Unidad de Laboratorio Clínico; así mismo no les ofrecen la orientación adecuada, para que ellos con facilidad puedan llevar a cabo los procesos para ser atendidos adecuadamente.

### b.3. Empatía

Tabla 13.  
*Servicio personalizado.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	96	32%
Insatisfecho	178	58%
Indiferente	21	7%
Satisfecho	3	1%
Totalmente satisfecho	8	3%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

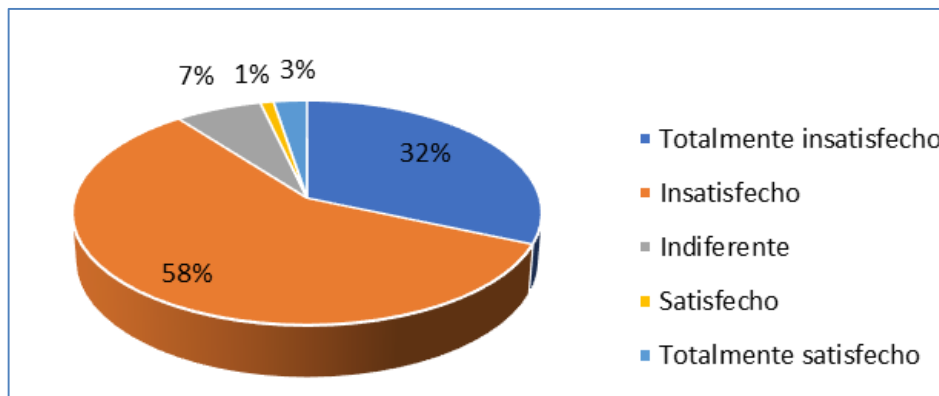


Figura 30. Servicio personalizado.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°30 se puede ver que el 90% de los usuarios del establecimiento de salud se manifestaron que se encuentran insatisfechos con el servicio personalizado que reciben por parte del recurso humano la Unidad de Laboratorio Clínico, el 7% se mostró indiferente, mientras que el 4% señaló que si se están satisfechos con tal servicio, resultados que revelan que el laboratorio no ofrece un servicio personalizado o en caso lo ofrecieran no todos los colaboradores lo realizan, situación que genera insatisfacción por parte de las pacientes hacia el servicio recibido.



Tabla 14.  
Cortesía y buen trato por parte del personal.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	70	23%
Insatisfecho	112	36%
Indiferente	39	13%
Satisfecho	69	22%
Totalmente satisfecho	17	5%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

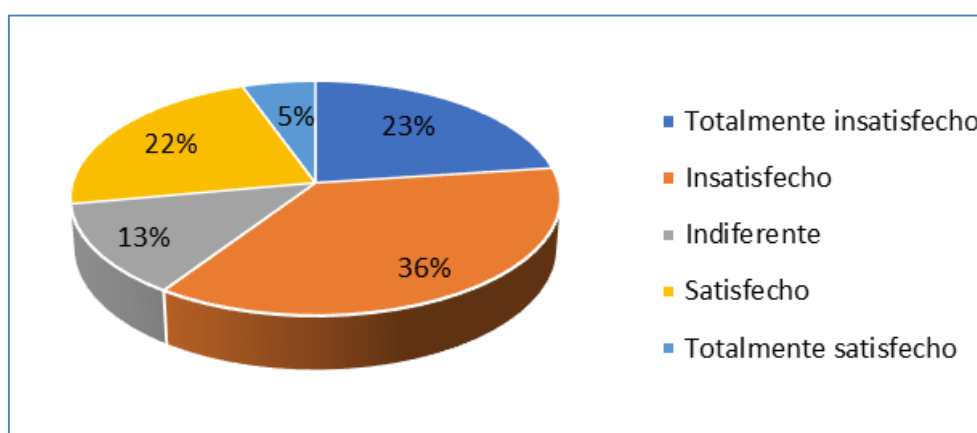


Figura 31. Cortesía y buen trato por parte del personal.

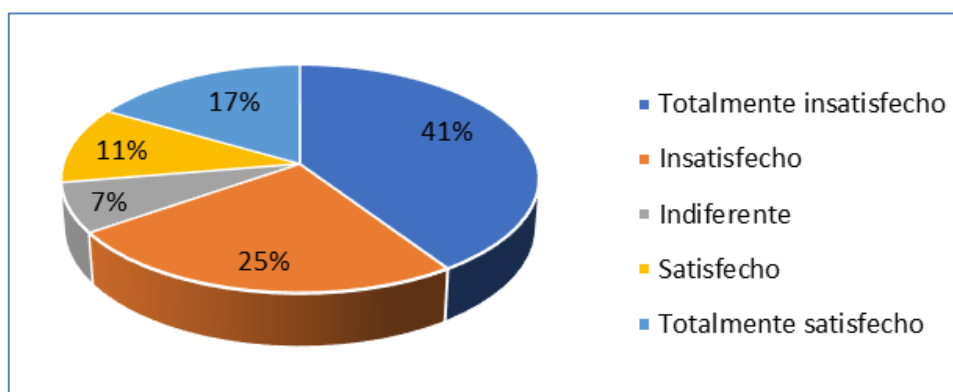
Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°31 se puede notar que el 59% de los usuarios encuestados manifestaron que el personal del establecimiento de salud no es cortés no les ofrecen buen trato, el 13% se mostró indiferente, mientras que el 27% señaló que el personal asistencial sí es cortés, resultados que establecen que el personal la Unidad de Laboratorio Clínico no ofrece un servicio adecuado a sus pacientes puesto que no les ofrecen un buen trato, generando problemas en la atención hacia los pacientes.

Tabla 15.  
*Interés de los trabajadores por brindar buena atención.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	124	41%
Insatisfecho	76	25%
Indiferente	22	7%
Satisfecho	33	11%
Totalmente satisfecho	51	17%
Total	306	100.0

*Fuente:* Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.



*Figura 32.* Interés de los trabajadores por brindar buena atención.

*Fuente:* Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°32 se puede acotar que el 66% de los usuarios encuestados indicaron que el personal asistencial del establecimiento de salud no muestra interés por brindarles buena atención, el 7% se mostró indiferente, mientras que 28% determinó que los colaboradores si muestran interés, resultados que evidencian que la unidad de laboratorio Clínico no presenta interés por ofrecer un buen servicio para la pronta recuperación de sus pacientes.

Tabla 16.  
Adecuada explicación de los análisis realizados.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	155	51%
Insatisfecho	90	29%
Indiferente	13	4%
Satisfecho	29	10%
Totalmente satisfecho	18	6%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

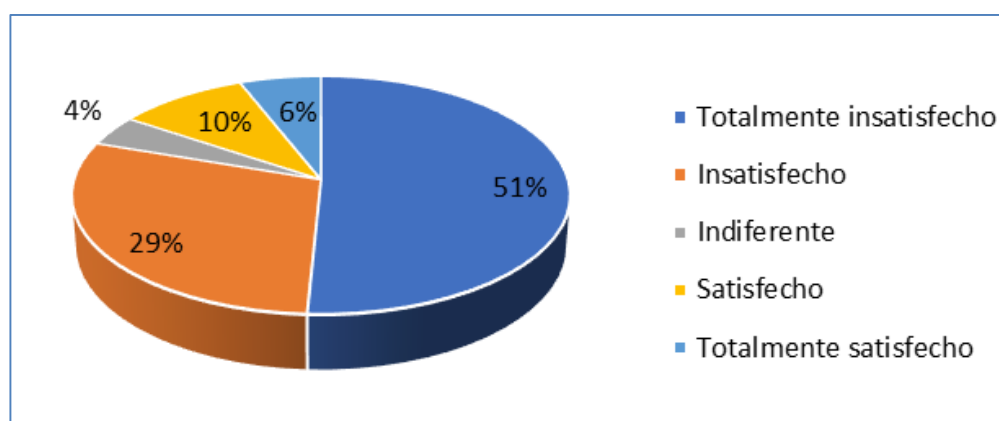


Figura 33. Adecuada explicación de los análisis realizados.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura anterior se puede observar que el 80% de los usuarios encuestados manifestaron que la atención en el establecimiento de salud es lenta y poco adecuada, 4% se mostró indiferente, mientras que el 16% señaló que el servicio que les ofrece el establecimiento de salud es rápido y adecuado, donde evaluando resultados obtenidos se puede identificar que el personal asistencial la Unidad de Laboratorio Clínico no comprende rápida el malestar que el paciente posee, situación que demuestra que el servicio ofrecido a los pacientes no genera seguridad, calidad de servicio y satisfacción a los usuarios.

#### b.4. Seguridad

Tabla 17.  
*Explicación para un tratamiento apropiado.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	220	72%
Insatisfecho	38	13%
Indiferente	33	11%
Satisfecho	5	1%
Totalmente satisfecho	10	3%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

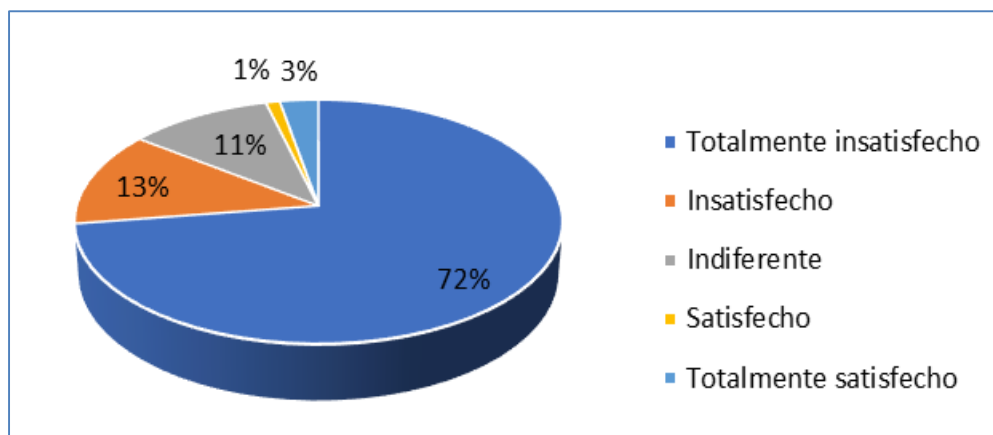


Figura 34. Explicación para un tratamiento apropiado.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°34 se puede contemplar que el 85% de los usuarios encuestados determinaron que el tratamiento que les dio el doctor para atender su malestar o enfermedad no fue la apropiada, el 11% se mostró en duda, por el contrario un reducido 4% señaló que el tratamiento si fue el adecuado, resultados alarmantes que revelan que el personal asistencial no brinda el tratamiento adecuado para dar solución al malestar de los usuarios, situación que evidencia la poca capacidad del personal asistencial para tratar adecuadamente las enfermedades para una pronta recuperación del paciente.

Tabla 18.  
Capacitaciones programadas.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	154	50%
Insatisfecho	95	31%
Indiferente	18	6%
Satisfecho	14	5%
Totalmente satisfecho	25	8%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

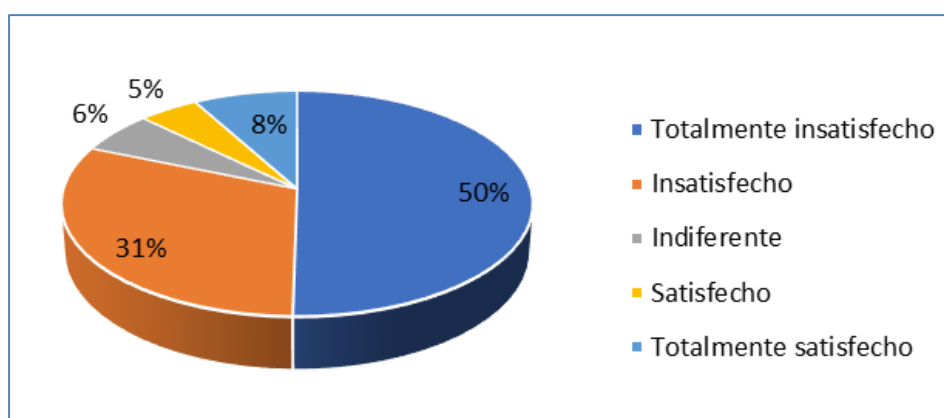


Figura 35. Capacitaciones programadas.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°35 se puede percibir que el 81% de los usuarios encuestados manifestaron que no se percatan de las capacitaciones programadas al personal asistencial la Unidad de Laboratorio Clínico planteadas en el periódico mural, el 6% se mostró indiferente, por lo contrario el 13% señaló haber observado la programación de capacitaciones a los colaboradores del establecimiento, resultados que indican que los usuarios no disponen del conocimiento de que si el personal asistencial es capacitado o no, así mismo se puede determinar que las capacitaciones programadas al recurso humano muchas veces no son publicadas para que los pacientes se enteren de los días de capacitación que reciben los doctores para que les ofrezcan un mejor servicio y atención.

Tabla 19.  
Cumplimiento de las medidas de salubridad.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	154	50%
Insatisfecho	112	37%
Indiferente	15	5%
Satisfecho	22	7%
Totalmente satisfecho	2	1%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

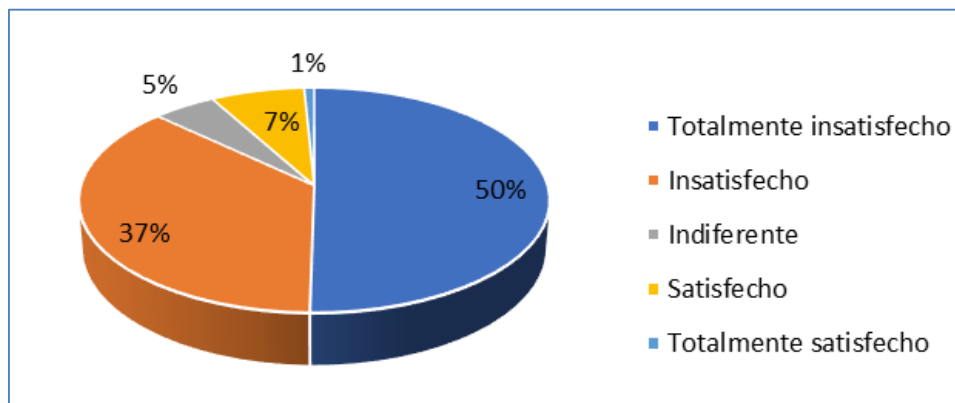


Figura 36. Cumplimiento de las medidas de salubridad.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°36 se puede ver que referente a que si el usuario observa que el recurso humano del establecimiento de salud cumple a cabalidad las medidas de salubridad al momento que lo atiende como llevar vestimenta adecuada, uso de guantes y mascarillas, lavado de manos, esterilización de los instrumentos, el 87% manifestaron estar insatisfechos, el 8% satisfecho, mientras que un reducido 5% se mostró indiferente, resultados que demuestran que el personal asistencial la Unidad de Laboratorio Clínico no cumple a cabalidad las medidas de salubridad que se deben de realizar al momento de atender a un pacientes tanto para seguridad del doctor como del atendido.

Tabla 20.  
*Explicaciones suficientes y adecuadas sobre el tratamiento.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	146	48%
Insatisfecho	121	40%
Indiferente	5	1%
Satisfecho	25	8%
Totalmente satisfecho	9	3%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

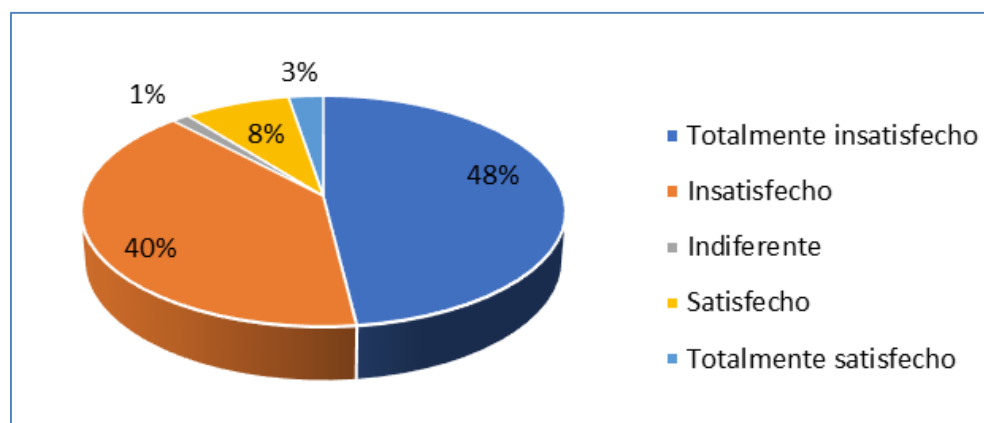


Figura 37. Explicaciones suficientes y adecuadas.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°37 se puede notar que referente a que si el usuario considera que las explicaciones que el doctor le brinda son lo suficientes para que se lleve adecuadamente el tratamiento de la enfermedad o malestar que se posee, el 88% manifestaron estar insatisfechos, mientras que el 11% indicó encontrarse satisfecho, por otro lado un reducido 1% se mostró indiferente, resultados que evidenciaron que el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico no ofrece buenas explicaciones al paciente en cuanto al adecuado tratamiento del malestar que padece, ocasionando que la salud se vea afectada con mayor gravedad, situación complicada para el pacientes puesto que puede llevar a condiciones riesgosas de vida o muerte.

Tabla 21.  
*Visualización de señales de seguridad.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	32	10%
Insatisfecho	94	31%
Indiferente	14	4%
Satisfecho	155	51%
Totalmente satisfecho	12	4%
Total	306	100.0

*Fuente:* Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

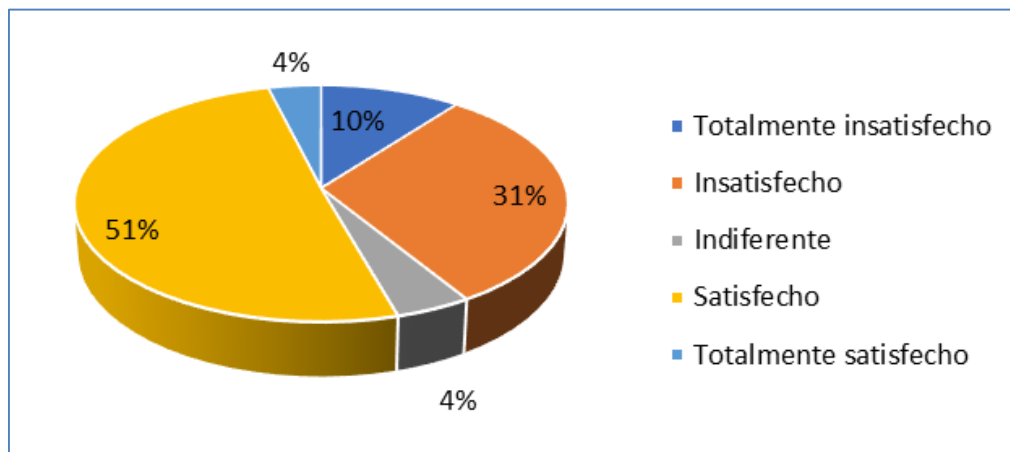


Figura 38. *Visualización de señales de seguridad.*

*Fuente:* Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°38 se puede acotar que referente a que si el usuario visualiza con gran facilidad las señales de seguridad que el establecimiento de salud posee el 41% manifestaron que no, mientras que un reducido 4% se mostró indiferente y un 55% indicó que sí visualizan las señales de seguridad, resultados que establecen que la unidad de Laboratorio Clínico si dispone de las señales de seguridad, medidas de seguridad que por obligación debe de contar toda institución pública.



## b.5. Capacidad de respuesta

Tabla 22.

Trámites y procesos rápidos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	77	25%
Insatisfecho	131	43%
Indiferente	34	11%
Satisfecho	37	12%
Totalmente satisfecho	27	9%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

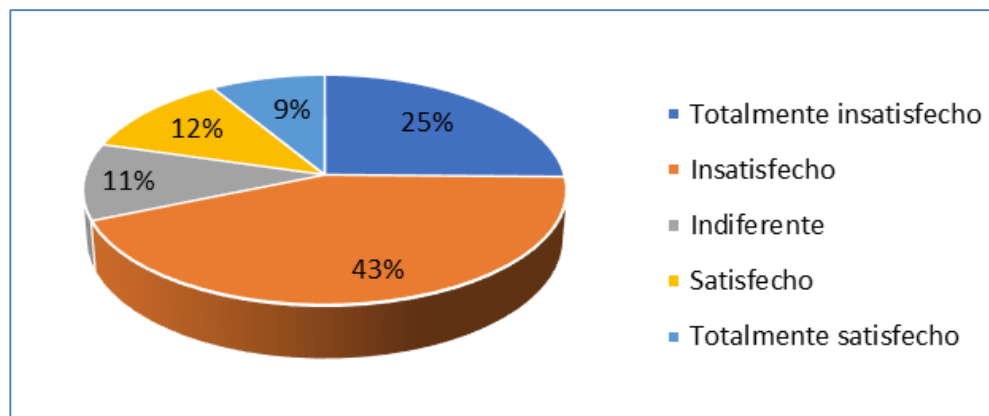


Figura 39. Trámites y procesos rápidos.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°39 se puede observar que referente a que si el usuario considera que los tramites y procesos que le conlleva realizar para la atención en la unidad de laboratorio clínico son simples, el 68% manifestaron estar insatisfechos, mientras que el 21% indicó satisfecho, mientras que un reducido 11% se mostró indiferente, resultados que establecen que los tramites que posee la Unidad de Laboratorio Clínico son engorrosos para la mayoría de los usuarios, esto se debe a que tienen que estar de ambiente en ambiente para ser atendidos y tienen que llenar formularios que por órdenes del médico tiene que realizar.

Tabla 23.  
*Respuestas adecuadas ante una duda.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	101	33%
Insatisfecho	143	47%
Indiferente	21	7%
Satisfecho	26	9%
Totalmente satisfecho	14	5%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

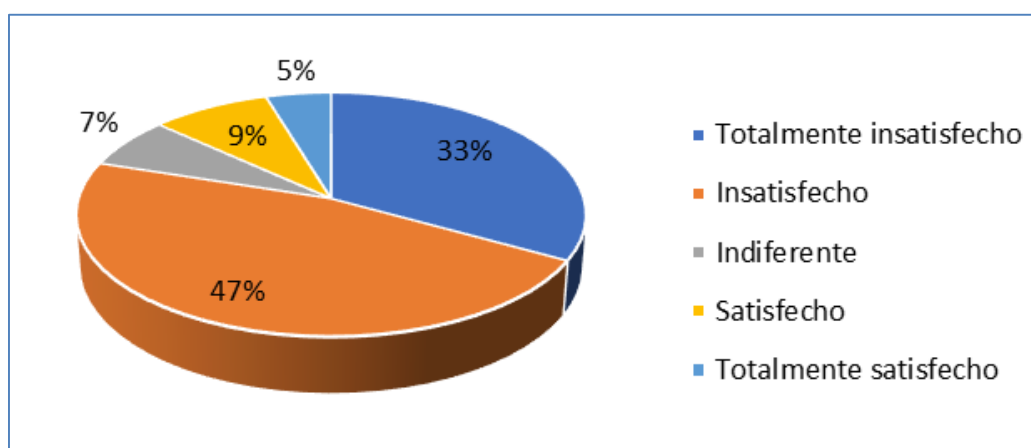


Figura 40. Respuestas adecuadas ante una duda.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura anterior se puede contemplar que referente a que si el usuario tiene dudas, inquietudes o preguntas, el recurso humano de la posta muestra disposición para darle respuestas adecuadas, el 80% manifestaron estar insatisfechos, mientras que el 14% señaló estar satisfecho, por otro lado un reducido 7% se mostró indiferente, resultados que evidencian que el personal asistencial la Unidad de Laboratorio Clínico no brindan adecuadas respuestas ante las dudas de los pacientes, ocasionando dudas y temor sobre el cómo sobrellevar la situación de sus análisis.

Tabla 24.  
Horarios de atención adecuados.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	143	47%
Insatisfecho	120	39%
Indiferente	13	4%
Satisfecho	30	10%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

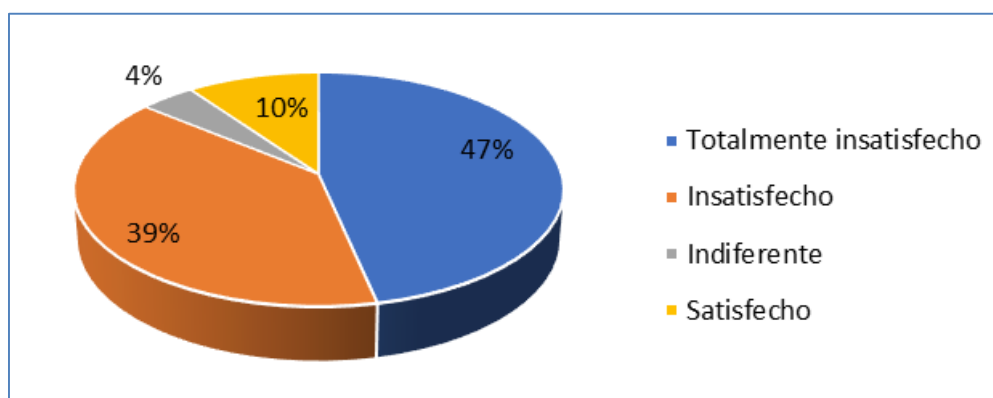


Figura 41. Horarios de atención adecuados.

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura N°41 se puede percibir que referente a que si el usuario considera que los horarios de atención que maneja la Unidad de Laboratorio Clínico son adecuados y se ajustan a su disposición, el 86% se mostró insatisfecho, el 4% se encontró satisfecho, mientras que un reducido 10% se mostró indiferente, resultados que establecieron que el horario de atención que maneja la Unidad de Laboratorio Clínico es muy limitado, ellos desean que se atiendan las 8 primeras horas al día, puesto que quedan varios pacientes sin atender.

Tabla 25.  
*Servicio adecuado en el menor tiempo por parte del personal.*

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente insatisfecho	96	32%
Insatisfecho	140	46%
Indiferente	28	9%
Satisfecho	29	9%
Totalmente satisfecho	13	4%
Total	306	100.0

Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

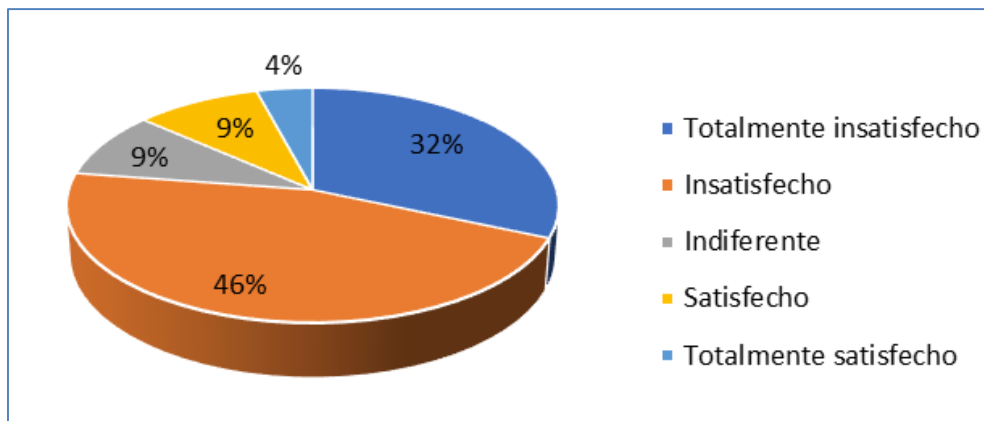


Figura 42. Servicio adecuado en el menor tiempo por parte del personal.

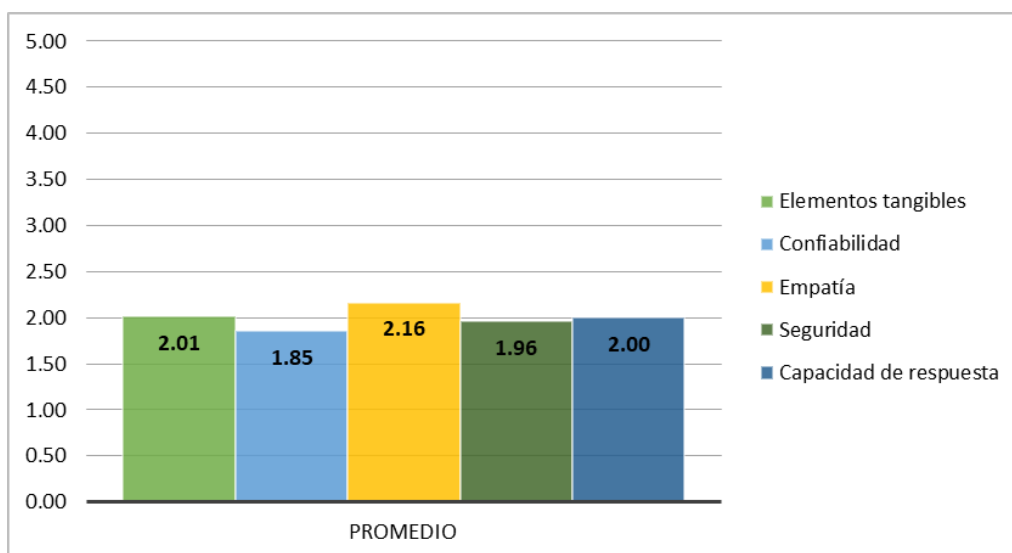
Fuente: Base de datos obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios.

Interpretación: en la figura anterior se puede notar que, el 78% de los usuarios manifestaron estar insatisfechos referente a la atención que brinda el recurso humano puesto que no hacen lo necesario para que ofrezcan el servicio en el menor tiempo posible y de manera adecuada, el 13% señaló estar satisfecho, mientras que un reducido 9% se mostró indiferente, resultados que establecen que el servicio que brinda el personal asistencial la Unidad de Laboratorio Clínico son lentos e inadecuados.

## b.6. Determinación la calidad del servicio mediante la herramienta del servqual.

Para determinar la calidad de servicio, se hizo uso de los resultados de la herramienta del servqual, que ha sido evaluada en sus cinco dimensiones mediante una escala tipo Likert de 5 puntuaciones, esta determinación permitió identificar la satisfacción de los usuarios respecto al servicio que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico, Bagua; para interpretar la calidad de servicio primero se estimará el puntaje promedio de todas las dimensiones, para luego encontrar el promedio general y se estimará porcentaje de satisfacción que represente toda la herramienta del servqual.

Una vez que se analizó e interpretó las encuestas aplicadas a los usuarios de la Unidad de Laboratorio Clínico, se prosiguió a estimar el puntaje de las dimensiones, las mismas que fueron promediadas por el valor de sus ítems, mediante la escala tipo Likert.



*Figura 43.* Puntuación promedio de las dimensiones de la herramienta del servqual.  
Fuente: elaboración propia.

Interpretación: en la figura N°43 se puede visualizar el promedio de los puntajes obtenidos en la aplicación del servqual con una escala Likert, donde la dimensión con mayor puntaje es la de empatía con un valor de 2.16; la dimensión de elementos tangibles es la que le sigue con un puntaje de 2.01, posteriormente la dimensión capacidad de respuesta es la que le continúa con un valor de 2.00; mientras que la dimensión que menos puntaje es la de confiabilidad con un valor promedio representativo de 1.85.

Tabla 26.  
Puntuación general del servqual valorada bajo la escala Likert.

	Dimensión				
	Elementos tangibles	Confiabilidad	Empatía	Seguridad	Capacidad de respuesta
Promedio	2.01	1.85	2.16	1.96	2.0
Promedio general	1.997				
Representación de porcentaje	39.94%				
Descripción	Insatisfecho				

Fuente: elaboración propia.

Interpretación: en la tabla anterior se puede observar que el promedio general de las dimensiones de la herramienta del servqual es muy baja, con un puntaje de 1.97, que representa el 39,94% lo que indica que en el rango de puntuación del uno al cinco en la escala Likert muestra la existencia de insatisfacción por parte de los usuarios frente al servicio que les brinda la Unidad de Laboratorio Clínico, Bagua

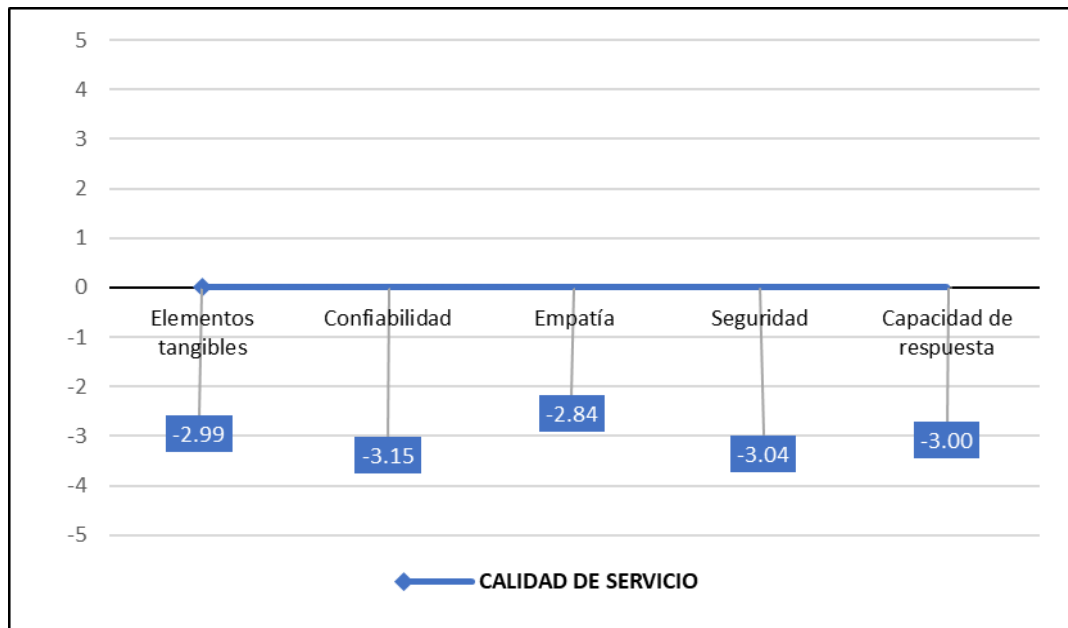


Figura 44. Calidad de servicio.

Fuente: elaboración propia.

Interpretación: en la figura anterior se puede notar los puntajes obtenidos de la diferencia de las percepciones del usuario (puntaje promedio obtenido por dimensión) con expectativas (con un valor 5), estos son los valores representativos de la calidad de servicio que brinda el establecimiento de salud y como se puede observar que todos los puntajes son negativos indica que el servicio que ofrecen no satisface a los usuarios por lo que sus perspectivas están por debajo de sus

expectativas, además se puede afirmar que la dimensión con menor calidad de servicio que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico es la de confiabilidad (-3.15), referenciando que el tiempo de espera, cumplimiento de la cita, delegación de confianza y la adecuada información y orientación, no es suficiente, ni cubre las expectativas de los clientes; sin embargo la dimensión empatía es la que posee mayor puntaje (-2.84) pero aun así indica que el usuario no se siente satisfecho con el trato que le da el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico, situación que señala que mientras el puntaje más se acerca a cero mayor es la calidad de servicio.

### **b.7. Análisis de confiabilidad**

Para medir la confiabilidad de la encuesta aplicada a la muestra en estudio en la presente investigación se hizo uso del Alfa de Cronbach, en la cual al momento de la construcción de las preguntas a estas se le establecieron alternativas en una escala tipo Likert para que se pueda utilizar el Alfa de Cronbach, por ende para su cálculo se utilizó el índice de consistencia interna que viene a ser el grado de correlación existente entre los ítems correspondientes a una escala, donde para evaluar la confiabilidad esta varía entre cero y uno, en la que los resultados que arrojen los puntajes de  $<0,90;1]$  se les considera con una confiabilidad excelente o elevada, pero con algunas dudas, los que radiquen entre  $<0,80;90]$  se les valora resultados muy buenos, los puntajes que se encuentran entre  $<0,70; 0,80]$  se les estima buenos, los que varíen entre  $<0,70; 0,60]$  son respuestas aceptables, haciendo referencia que mientras los puntajes más se acerquen a cero la confiabilidad será menos, sin embargo mientras más cercano esté a la unidad mayor será la consistencia (Jiménez, 2015).

Tabla 27.  
*Escala de valoración de Alfa de Cronbach.*

Valor Alfa de Cronbach	Apreciación
$<0,90 - 1]$	Elevada, excelente
$<0,80 - 0,90]$	Muy buena
$<0,70 - 0,80]$	Buena
$<0,60 - 0,70]$	Aceptables
$<0,50 - 0,60]$	Moderada
Menor que 0,50	Inaceptables

Fuente: Adaptado Jiménez (2015)

**Escala: ALL VARIABLES**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	306	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	306	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,828	22

*Figura 45.* Análisis de confiabilidad de la encuesta de Servqual.

Fuente: elaboración propia.

Interpretación: en la figura N°45 se puede observar que la encuesta de 22 preguntas aplicada a una muestra de 306 usuarios del servicio que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico se obtuvo un puntaje de 0,828 de Alfa de Cronbach, lo que indica que la confiabilidad obtenida es muy buena, haciendo referencia que los resultados guardan buen índice de consistencia interna, por lo tanto, son aptos para un análisis e interpretación de la realidad investigada.



## c) Propuesta del plan de mejora continua basado en la Norma ISO 9001:2015.

### c.1. Introducción

El Hospital de Apoyo de Gustavo Lanatta Luján, identificado con Código RENAES N°5044 pertenece a la Red de Bagua y se encuentra ubicado en la provincia de Bagua, Amazonas, este establecimiento de salud fue inaugurado en el año 1986 como un centro de salud, el cual hasta la actualidad lleva 33 años de funcionamiento.

Hoy en día el hospital presenta una categoría de II-1, el cual tiene por garantizar las 24 horas de funcionamiento atendiendo emergencias y hospitalización y 12 horas para las atenciones diarias requeridas para estudios a los pacientes.

El hospital presenta los siguientes servicios:

Tabla 28.  
*Servicios que ofrece el hospital.*

Servicio	Meta al 2018 (pacientes)	Meta obtenida en el 2018 (Pacientes)
Emergencia	6540	5393
Hospitalización	5300	4034
Centro obstétrico	5648	4513
Medicina de rehabilitación	1542	720
Nutrición y dietética	1963	1111
Hemoterapia y banco de sangre	1854	964
Intervenciones quirúrgicas	2500	1580
Diagnóstico por imágenes	6540	5820
Consultorios externos	22500	18950
Unidad de Laboratorio Clínico	64500	48686
Farmacia	54212 (N° de dispensaciones)	49284 (N° de dispensaciones)

Fuente: Gerencia Regional de Salud Amazonas (2019).

De la tabla N°28 se rescata que el servicio que más demanda en el establecimiento de Salud es la Unidad de Laboratorio Clínico, esta área es la fuente a la cual se le hizo un análisis para posteriormente proponer un plan de mejora que fortalezca la institución enfocada al buen servicio a los usuarios del hospital.

La Unidad de Laboratorio Clínico es el área funcional que tiene que disponer de recursos físicos y tecnológicos en buen estado para el adecuado análisis biológico que se realiza a los pacientes, puesto que de ello depende el tratamiento que los doctores den a sus pacientes respecto al diagnóstico encontrado, así mismo se requiere de un personal asistencial capacitado, apto para la identificación de bacterias que se encuentran en las muestras que analizan, de tal forma que los resultados que ofrezcan tienen que ser inhallables y veraces.

### **c.2. Base legal**

- a. La constitución Política del Perú.
- b. Ley 27867 - Ley orgánica de los Gobiernos Regionales.
- c. Ley 27902 – Ley Modificatoria de la ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- d. Ley N°26842 – Ley General de Salud.
- e. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud y sus modificatorias según D. S. N° 003-2008-SA y 011-2010-SA.
- f. Decreto Supremo N° 043-2006-PCM, que aprueba los Lineamientos para la Elaboración y Aprobación del Reglamento de Organización y Funciones, en las Entidades de la Administración Pública.
- g. Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, que reconocen que las Direcciones Regionales de salud constituyen la única autoridad de salud en cada Región.
- h. Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva No 007-MINSA/OGPP-V: O2: Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativo de Gestión Institucional.
- i. Resolución Ministerial N°546-2011-Norma Técnica N°021-MINSA-DGSP.
- j. Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, aprueban el documento técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- k. Resolución Ministerial N° 231-2014/MINSA, que aprueba modificar el Manual de Clasificación de Cargos del MINSA mediante Resolución Ministerial N° 595-2008/MINSA.
- l. Ley N° 30057- Ley del Servicio Civil.
- m. Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, Aprueba Reglamento General de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.

### c.3. Contexto de la organización (Unidad de Laboratorio Clínico).

#### c.3.1. Organigrama del Hospital

Actualmente el Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan no cuenta con un organigrama específico, pero se propone lo siguiente tal como se muestra en la figura N°46.

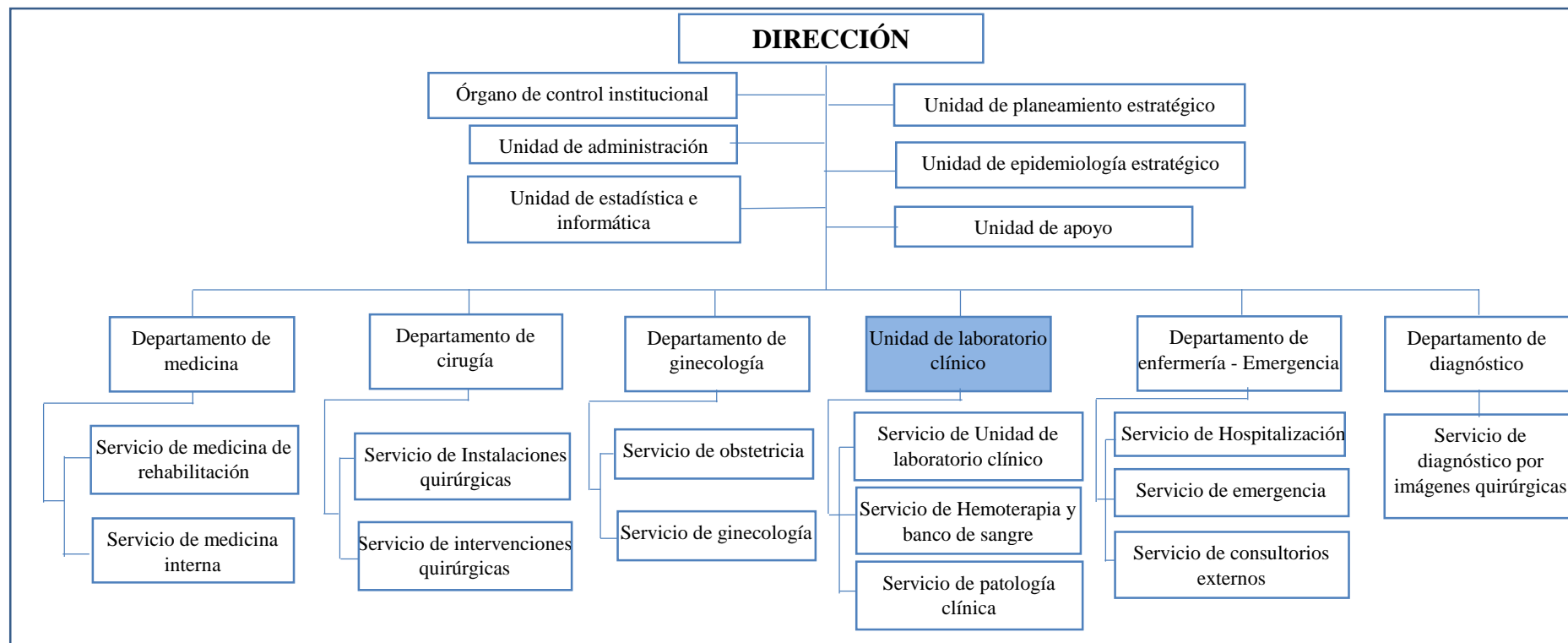


Figura 46. Organigrama del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján.  
Fuente: Elaboración propia.

### **c.3.2. Análisis AMOFHIT**

#### **Administración**

La administración del Hospital de Apoyo de Bagua, se encuentra a cargo de la Dra. Roxana Karina Sánchez Zelada, quien es la principal encargada de velar por la adecuada prestación de servicios de salud en el hospital, así mismo por el desarrollo integral de los usuarios.

El Hospital cuenta con una gran cantidad de colaboradores, de los cuales se ha observado que presentan una estructura organizacional fragmentada, es decir no se encuentra alienados a los objetivos de la institución, por otro lado no comparten familiaridad entre ellos, generando discrepancia entre ellos; por otro lado genera duplicidad de trabajos o funciones, debido a que la comunicación no es fluida, situación en la cual los más afectados son los usuarios del establecimiento de salud.

#### **Marketing**

El hospital no cuenta con un área que promocióne los servicios de salud, generando poco interés por la población, razones que ocasionan retraso en la detección de enfermedades que pueden padecer los usuarios, es decir por la falta de información el paciente solo acude al hospital cuando se siente realmente mal de salud, cuando en realidad debería acudir al centro médico para hacerse chequeos sin necesidad de sentir malestar, con la finalidad de prevenir enfermedades y prolongar la salud.

Así mismo se ha detectado la baja insatisfacción de los usuarios frente al servicio que ofrecen los colaboradores de la entidad, esto se vio reflejado en la encuesta para determinar la calidad del servicio, de cual se obtuvo que el establecimiento de salud no propaga adecuadamente la información hacia la población, disminuyendo así la efectividad de las campañas médicas.

#### **Operaciones y logística**

El Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján presenta más servicios que otros establecimientos de salud dentro de la RED de salud de Bagua, sin embargo presenta falencias en la asignación y gestión de recursos, respecto a la distribución de

materiales, equipamiento y mobiliario, causando procesos engorrosos y poco efectivos.

Así mismo, presenta baja calidad en la prestación de servicios, reflejado en los prolongados tiempos de espera para ser atendidos o para hacer una consulta o examen médico.

Cabe mencionar también la existencia del mal manejo del presupuesto, esto se ve reflejado en las obras que fueron publicadas con fecha en el periódico mural del hospital, obras que aún no se han iniciado, mientras que otras han paralizado, afecto principalmente al usuario.

### **Finanzas y contabilidad**

Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2017), se ofrece un financiamiento del 5.1% del PBI, es decir un pequeño porcentaje es asignado para servicios de salud, generando disminución en las obras y proyectos que los gobiernos deseen desarrollar.

Otro punto es la inversión en salud por persona, según el MEF (2015) el Perú invierte una cantidad de US\$626 por persona, dinero que no cubre un servicio de salud en base a las expectativas de la población, pese a que la inversión se ve razonable, esta no es suficiente, por lo que no cubre medicinas costosas ni estudios profundos para el adecuado diagnóstico de enfermedades en los pacientes.

### **Recursos humanos**

El Hospital Gustavo Lanatta Luján actualmente no dispone de una cantidad de personal asistencial para cubrir la demanda de los servicios de salud, es decir existe una brecha existente de pacientes que acuden al establecimiento para ser atendidos, pero por los cupos limitados de servicio no logran ser atendidos, así mismo, por el tiempo que genera la atención no se abastece a brindar el servicio de manera oportuna y adecuada.

Las deficiencias notables en el establecimiento de salud es que los médicos no tienen capacitaciones constantes, generando que tengan desconocimiento de temas actuales y ser poco eficientes para ofrecer sus servicios.

Así mismo cabe recalcar que la remuneración económica no es bien acogida por los colaboradores de la entidad pública puesto que en bajo, además los beneficios no son claros y en su gran parte son mínimos, lo que ocasiona que el personal no se encuentre motivado para el desempeño efectivo de sus funciones.

### **Sistemas de información**

El sistema que maneja el hospital tiende a congelarse, es decir existe la necesidad un sistema que maneje la información de manera integrada y eficaz.

Existen brechas en la infraestructura de las telecomunicaciones, tanto para la captación de información del personal asistencial como de los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización.

Equipos en desuso por incompatibilidad de software y falta de personal.

### **Tecnología**

El porcentaje de inversión en salud es mínimo con respecto a la asignación de recursos financieros otorgados a la provincia de Bagua.

Así mismo cabe recalcar que actualmente no se ha establecido un área dentro del hospital que incentive la investigación científica en salud, siendo esto una necesidad para el aumento del desarrollo intelectual y productividad de atención al usuario.

## Matriz del análisis AMOFHIT

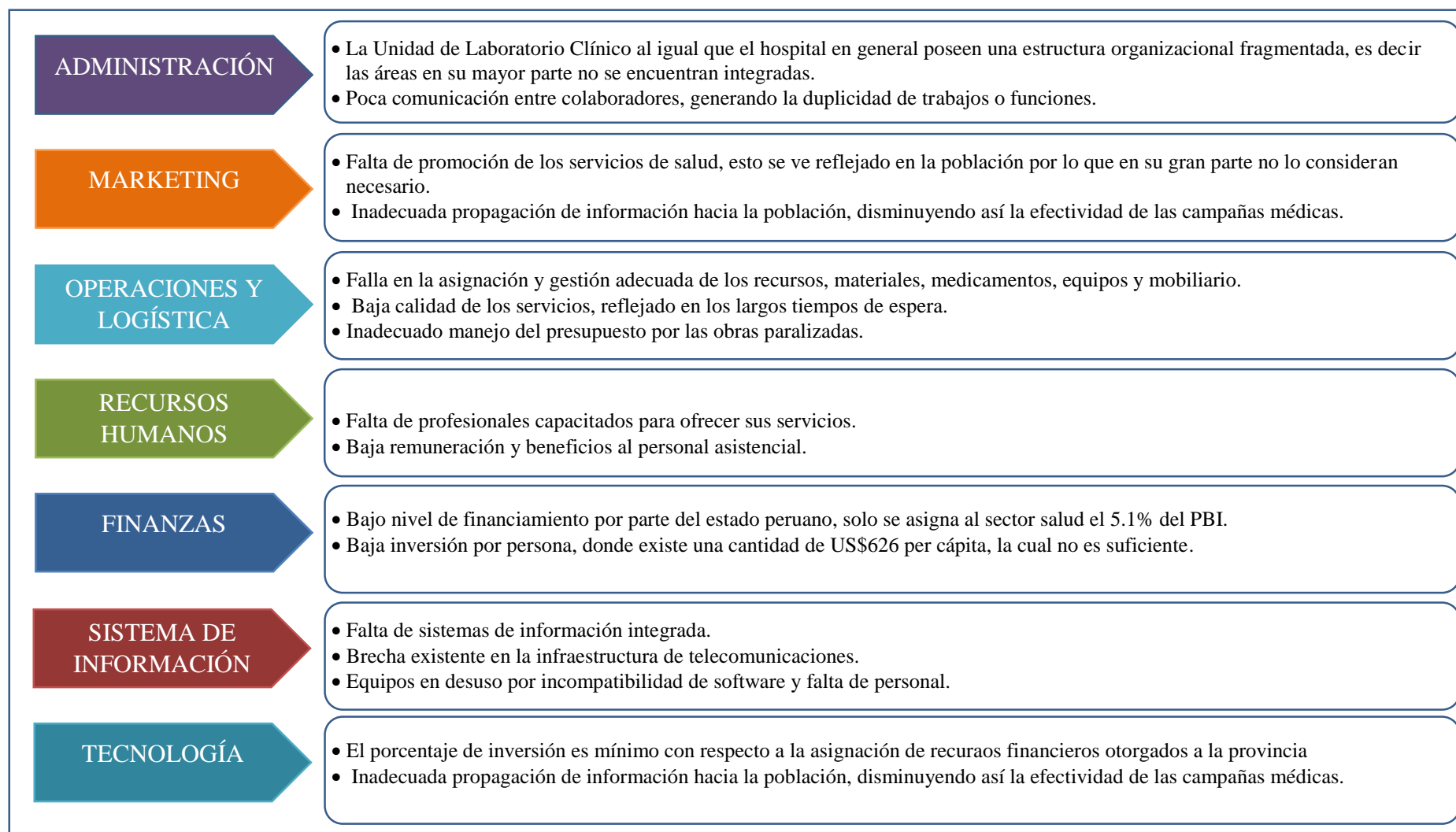
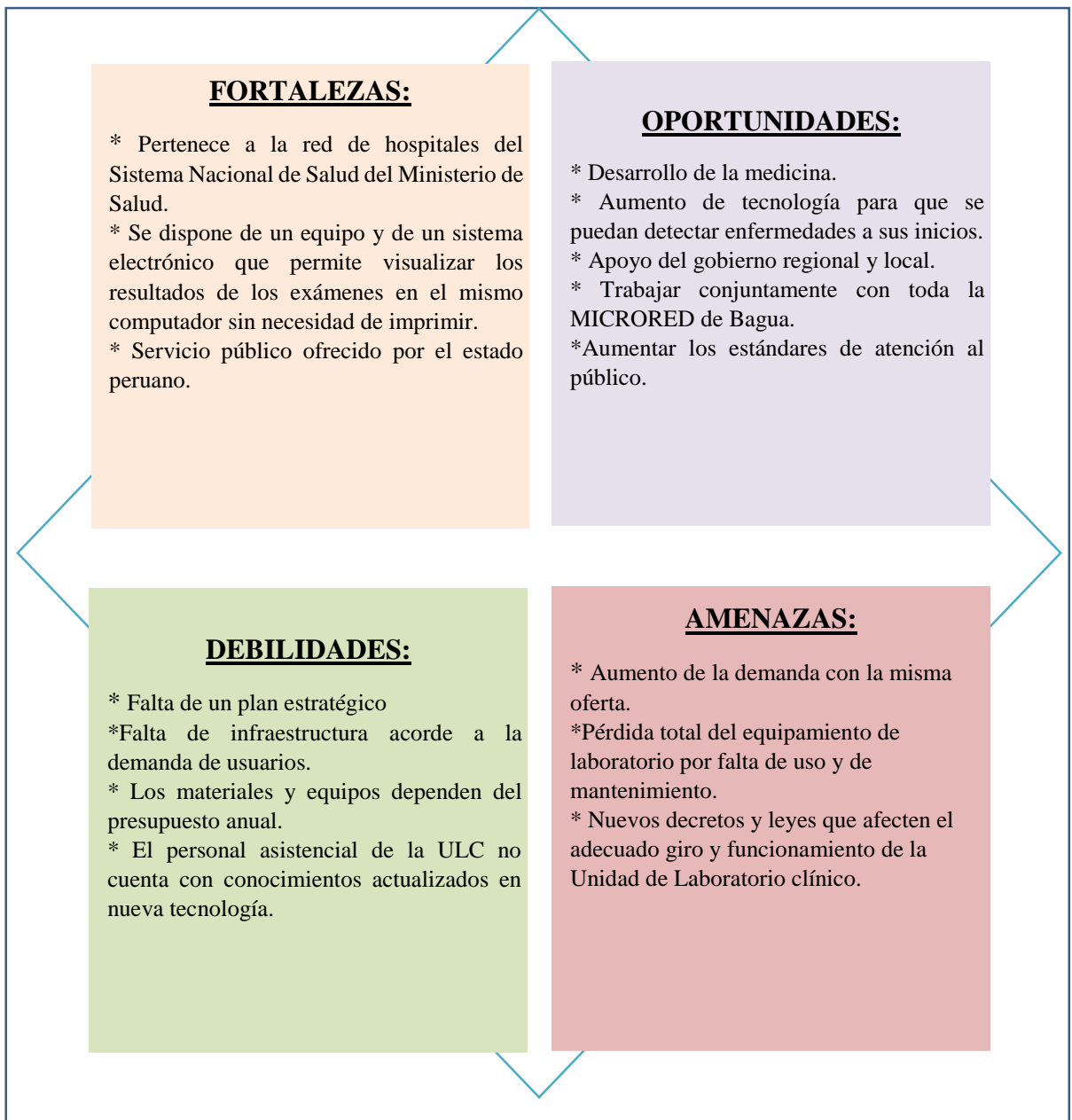


Figura 47. Amofhit del hospital.

Fuente: Modelo adaptado de Rojas (2016).

### c.3.3. Análisis FODA

El FODA es el estudio de la situación interna de una institución, en esta situación será el análisis interno de la Unidad de Laboratorio Clínico (ULC) del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján, donde se realizará una identificación de las fortalezas (F) y oportunidades (O) que poseen y las debilidades (D) y amenazas (A) que asechan el correcto funcionamiento de la entidad de salud.



*Figura 48.* FODA de la Unidad de Laboratorio Clínico.  
Fuente: elaboración propia.



#### **c.4. Enfoque basado en procesos (Ciclo de Deming)**

Uno de los primeros pasos para el planteamiento de un plan de mejora es identificar la unidad que será evaluada (Avaca, 2014), el área que fue evaluada es la Unidad de Laboratorio clínico, del cual se le conoce su FODA con relación al entorno que le rodea.

El propósito es la identificación de las problemáticas que presenta el área para posteriormente darle solución apoyándose en sus principales fortalezas y oportunidades.

##### **c.4.1. Planificar**

###### **c.4.1.1. Análisis causal del problema**

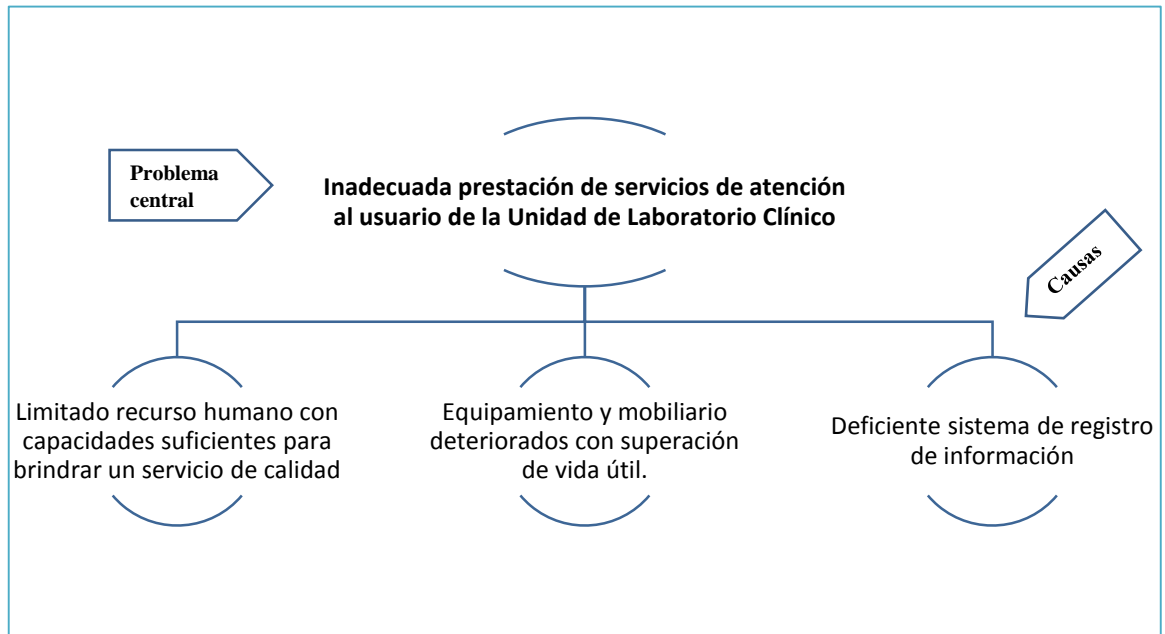
###### **i. Identificación del problema**

Uno de los principales problemas dentro de la atención al usuario del laboratorio clínico es la insatisfacción de los usuarios; por los largos periodos de tiempo de espera, convirtiéndose en una preocupación del servicio, el cómo disminuir el tiempo de espera para recibir atención y para que el usuario este satisfecho.

Siendo los problemas que están pasando en este hospital es la demora en la atención, lo que se inicia con largas colas de espera para recibir un turno, la espera prolongada para recibir una consulta, para el día siguiente, madrugar nuevamente para recibir una atención dentro del laboratorio clínico, en donde se visualiza la misma escala de acción hasta ser atendido. Otro es que el trato que ofrece el personal asistencial a los usuarios no es la adecuada, puesto que no ofrece una información clara y entendible además no se ofrece un servicio cordial a los usuarios.

Es así como surge el principal problema encontrado en la unidad de laboratorio clínico del hospital que es: **Inadecuada prestación de servicios de atención al usuario en la Unidad de Laboratorio Clínico.**

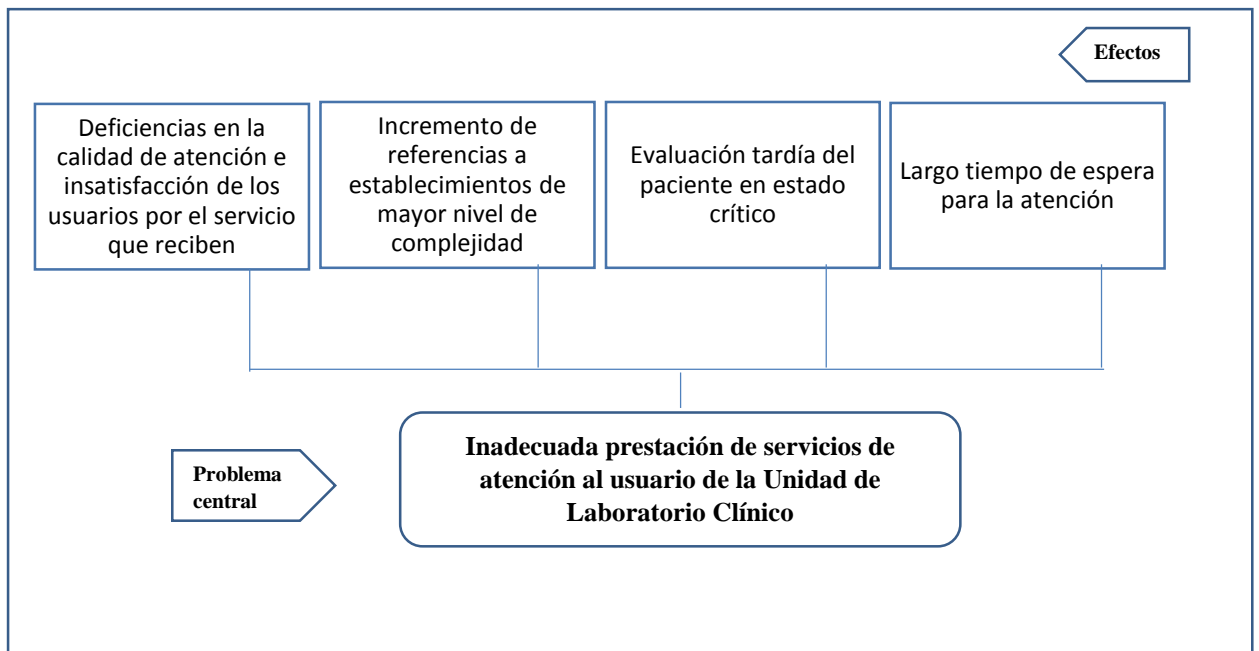
## ii. Identificación de las causas



*Figura 49.* Causas del problema de la Unidad de Laboratorio Clínico.  
Fuente: Adaptado de Deming.

## iii. Identificación de los efectos

Frente al problema encontrado se identificaron los principales efectos:



*Figura 50.* Efectos del problema de la Unidad de Laboratorio Clínico.  
Fuente: Adaptado de Deming.

#### iv. Elaboración del árbol causa efecto

Una vez identificadas las causas y los efectos del principal problema que presenta la unidad de laboratorio clínico se procede a realizar el árbol causa efecto, que permite una mayor visualización del problema para ofrecer posibles soluciones.

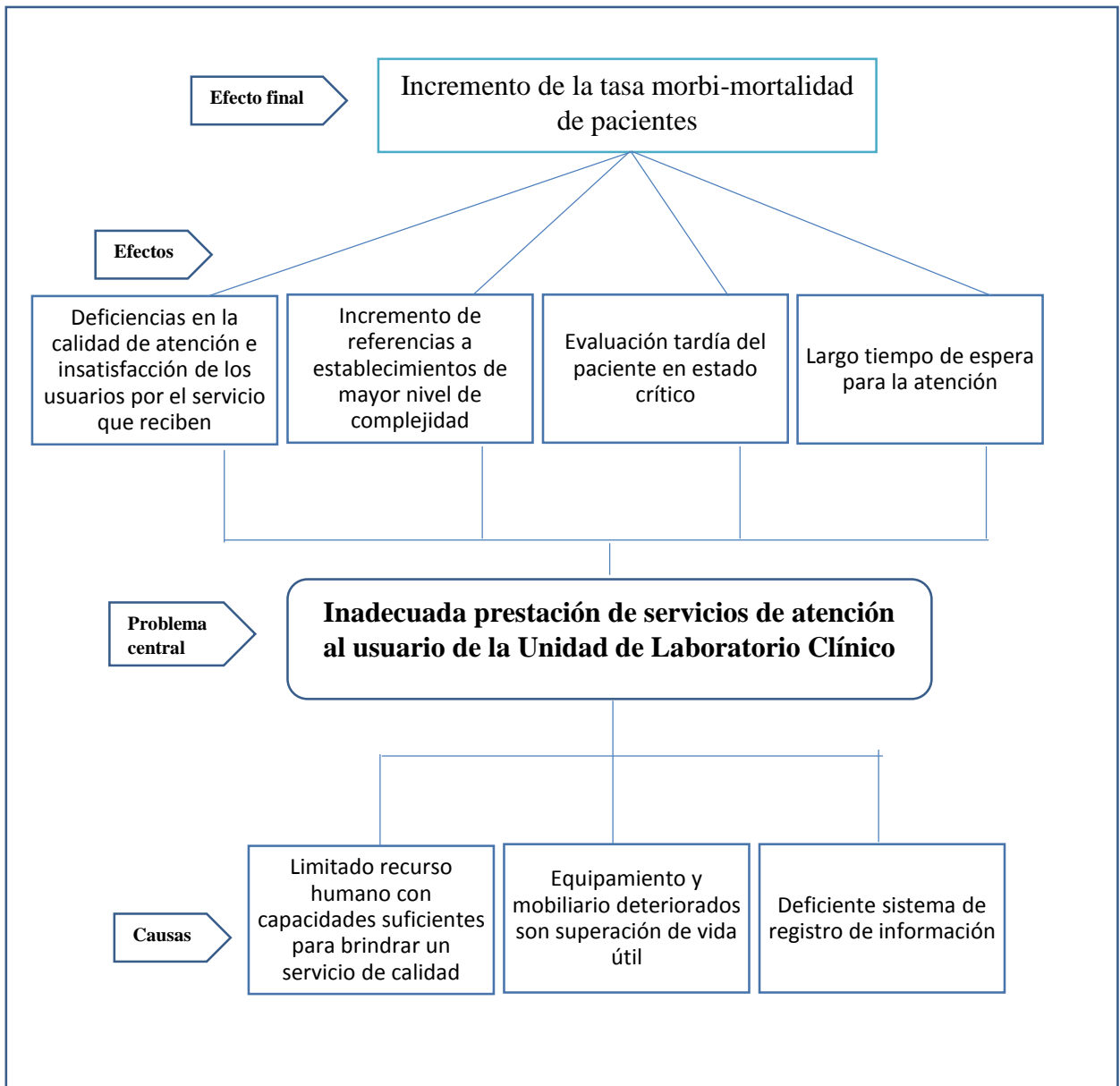


Figura 51. Árbol causa.-efecto de la Unidad de Laboratorio Clínico.

Fuente: Adaptado de Deming.

## v. Definir de las metas y los objetivos

Para el mejoramiento continuo donde se mejore la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico, se planearon las metas y los objetivos en base a las causas y efectos identificados en el árbol causa-efecto, metas y objetivos que servirán como guía para lograr los resultados esperados.

Cabe resaltar que se plantearon objetivos dependientes de la investigación (objetivo que puede ser manejable por el investigador) y objetivos independientes de la investigación (objetivos que necesariamente tienen que ser manejados por el Hospital Gustavo Lanatta Luján), es así como se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 29.  
*Planteamiento de las metas y objetivos.*

<b>Meta</b>	<b>Objetivo dependiente de la investigación.</b>	<b>Objetivo independiente de la investigación.</b>
Adecuada prestación de servicios con atención de calidad al usuario de la unidad de Laboratorio Clínico	<b>O1.</b> Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.	<b>OI1.</b> Aumentar la cantidad de recurso humano con capacidades suficientes para brindar un servicio de calidad.
	<b>O2.</b> Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.	<b>OI2.</b> Renovar el equipamiento y mobiliario de la unidad de laboratorio clínico
	<b>O3.</b> Incrementar la motivación de los colaboradores.	<b>OI3.</b> Mejorar el sistema de registro de información mediante el uso de la tecnología.
	<b>O4.</b> Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.	<b>OI4.</b> Mejorar la infraestructura acorde a las necesidades del personal para un adecuado análisis de muestras.

Fuente: Adaptado de Deming.

Luego de determinar la meta por desarrollar y los objetivos, se tomaron para la investigación y motivo de análisis a los objetivos dependientes de la investigación, puesto que son los que pueden ser manipulados por el investigador y proponer posibles soluciones en base a la realidad de la problemática identificada.

#### vi. Planteamiento de estrategias

Para el cumplimiento adecuado de cada uno de los objetivos planteados, se procedió a la realización de una lluvia de ideas con diversas alternativas de solución, de las cuales se seleccionaron acorde a la necesidad de los objetivos, resultando en estrategias que se adecuaron a facilitar a la obtención de lo estimado; por ende, se plasmaron las siguientes estrategias:

Tabla 30.  
*Planteamiento de estrategias.*

Meta	Objetivo dependiente de la investigación.	Estrategias
Adecuada prestación de servicios con atención de calidad al usuario de la unidad de Laboratorio Clínico	<b>O1.</b> Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.	<b>E1.</b> Elaborar talleres de integración. <b>E2.</b> Realizar reuniones semanales para entrega de informe y retroalimentación.
	<b>O2.</b> Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.	<b>E3.</b> Realizar capacitaciones para el desarrollo personal y profesional. <b>E4.</b> Realizar capacitaciones sobre el trato y amabilidad que se le debe de ofrecer al usuario.
	<b>O3.</b> Incrementar la motivación de los colaboradores.	<b>E5.</b> Brindar reconocimientos por el desempeño realizado.
	<b>O4.</b> Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.	<b>E6.</b> Identificar los procesos que son repetitivos o poco relevantes y estandarizarlos acorde a su prioridad.

*Fuente: Adaptado de Deming.*

Analizando las estrategias se puede determinar que estas permitirán el cumplimiento de los objetivos establecidos, así mismo crear un mejor clima organizacional dentro de la unidad de Laboratorio Clínico, por ende, dichas estrategias generarán la participación activa de los involucrados.

## vii. Elaboración del plan de trabajo

Por su parte una vez que han sido definidas las estrategias, se procede a la elaboración de un plan de trabajo de cada una de las estrategias, las que permitirán el cumplimiento de los objetivos, así mismo se identificará al responsable de cada estrategia, las actividades a realizar y las acciones que se consideraran para el desarrollo de una manera clara y sencilla.

### Desarrollo del objetivo 1

Tabla 31.  
*Objetivo 1- responsable*

Objetivo 1	Estrategias	Responsable	Lugar
<b>O1.</b> Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.	<b>E1.</b> Elaborar talleres de integración.	Responsable de la Unidad de Laboratorio Clínico	Hospital Gustavo Lanatta Lujan.
	<b>E2.</b> Realizar reuniones semanales para entrega de informe y retroalimentación.	la bióloga Suarez Chavarri, Isabel	

Fuente: Adaptado de Deming.

En la cual para el desarrollo adecuado de cada estrategia se identificaron actividades y acciones que permitirán un mejor entendimiento de la esencia del objetivo.

Tabla 32.  
Desarrollo de la estrategia 1 y 2.

Objetivo 1	Estrategias	Actividades	Acciones
<b>O1].</b> Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.	<b>E1.</b> Elaborar talleres de integración.	<b>Act1.</b> Seleccionar las dinámicas de integración más oportuna a la realidad de la Unidad de Laboratorio Clínico.	<b>Acc1.</b> Planteamiento de diversas propuestas de dinámicas para mejorar la integración y trabajo en equipo de los colaboradores de la ULC.
		<b>Act2.</b> Determinar las fechas de los talleres.	<b>Acc2.</b> Realizar el cronograma de los días en los cuales se llevarán a cabo los talleres.
		<b>Act3.</b> Realizar materiales de apoyo.	<b>Acc3.</b> Se elabora el material gráfico y lector con mensajes que permitan la concientización sobre el tema tratado.
		<b>Act4.</b> Realizar un compartir institucional.	<b>Acc4.</b> Planificar los costos para la adquisición del compartir.
	<b>E2.</b> Realizar reuniones semanales para entrega de informe y retroalimentación.	<b>Act5.</b> Realizar la programación para las reuniones.	<b>Acc5.</b> Determinar las fechas de las reuniones.
		<b>Act6.</b> Elaborar instrumentos para el monitoreo del desempeño y satisfacción laboral de la institución.	<b>Acc6.</b> Elaboración de los indicadores que permitan el monitoreo del desempeño.
		<b>Act7.</b> Realizar reportes con el diagnóstico.	<b>Acc7.</b> Describir y analizar los resultados obtenidos.
		<b>Act8.</b> Identificar los problemas existentes y brindar posibles soluciones.	<b>Acc8.</b> Proponer alternativas de solución mediante una lluvia de ideas.

Fuente: Adaptado de Deming.

Por ende el desarrollo oportuno de las estrategias permitirá el cumplimiento del objetivo a tratar, es por ello que para un mejor entendimiento se planteó de manera gráfica el enfoque del desarrollo que se llevará a cabo.

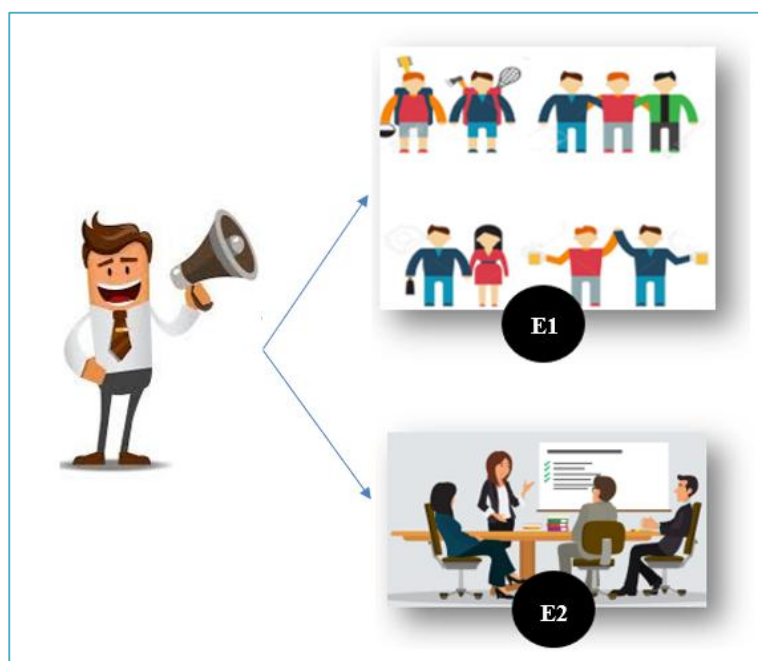


Figura 52. Esquema del desarrollo del objetivo 1.

## Desarrollo del objetivo 2

Tabla 33.  
Objetivo 2- responsable

Objetivo 2	Estrategias	Responsable	Lugar
Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.	<b>E3.</b> Realizar capacitaciones para el desarrollo personal y profesional.	Responsable de la Unidad de Laboratorio Clínico el biólogo Carlos Altamirano Mego	Hospital Gustavo Lanatta Lujan.
	<b>E4.</b> Realizar capacitaciones sobre el trato y amabilidad que se le debe de ofrecer al usuario.		

Fuente: Adaptado de Deming.



En la cual para el desarrollo adecuado de cada estrategia se identificaron actividades y acciones que permitirán un mejor entendimiento de la esencia del objetivo.

Cabe destacar que para ambas estrategias se les plantearon las mismas actividades y acciones por tratarse de las estrategias de temas de capacitación, permitiendo así la unión de ambas para la efectividad y cumplimiento del objetivo.

Tabla 34.  
*Desarrollo de la estrategia 3 y 4.*

<b>Objetivo 2</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Actividades</b>	<b>Acciones</b>
Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.	<b>E3.</b> Realizar capacitaciones para el desarrollo personal y profesional.	<b>Act9.</b> Seleccionar los temas a tratar en la capacitación.	<b>Acc9.</b> Planteamiento de los temas que más se ajusten a la estrategia y al requerimiento del personal asistencial de la ULC del hospital.
		<b>Act10.</b> Invitar a los ponentes.	<b>Acc10.</b> Elaborar invitaciones e identificar la confirmación de los participantes.
	<b>E4.</b> Realizar capacitaciones sobre el trato y amabilidad que se le debe de ofrecer al usuario.	<b>Act11.</b> Realizar la programación de las fechas de capacitación.	<b>Acc11.</b> Realizar el cronograma de los días en los cuales se llevarán las capacitaciones
		<b>Act12.</b> Realizar materiales de apoyo.	<b>Acc12.</b> Se elabora el material gráfico y lector con lo que permitan que el conocimiento se imparta de forma eficaz y entendible.

Fuente: Adaptado de Deming.

### Desarrollo del objetivo 3

Tabla 35.  
*Objetivo 3- responsable*

Objetivo 3	Estrategias	Responsable	Lugar
Incrementar la motivación de los colaboradores.	E5. Brindar reconocimientos por el desempeño realizado.	Responsable de la Unidad de Laboratorio Clínico el biólogo Carlos Altamirano Mego en conjunto con el personal asistencial del área.	Hospital Gustavo Lanatta Lujan.

Fuente: Adaptado de Deming.

En la cual para el desarrollo adecuado de cada estrategia se identificaron actividades y acciones que permitirán un mejor entendimiento de la esencia del objetivo.

Tabla 36.  
*Desarrollo de la estrategia 5.*

Objetivo 3	Estrategias	Actividades	Acciones
Incrementar la motivación de los colaboradores.	E5. Brindar reconocimientos por el desempeño realizado.	Act13. Identificar a los colaboradores con mayor rendimiento y compromiso con su trabajo.	Acc13. Se determinará quienes serán los que recibirán un reconocimiento intrínseco o extrínseco por su desempeño y colaboración.
		Act14. Definir los reconocimientos a ofrecer.	Acc14. Elaborar una lista de reconocimientos.
		Act15. Cotizar los reconocimientos.	Acc15. Analizar el presupuesto que se necesita y cotizar el precio del reconocimiento.
		Act16. Entrega del reconocimiento como parte de motivación al personal.	Acc16. Mediante una reunión entregar el reconocimiento felicitándolo por su empeño, compromiso y colaboración.

Fuente: Adaptado de Deming.

## Desarrollo del objetivo 4

Tabla 37.  
*Objetivo 4- responsable*

Objetivo 4	Estrategias	Responsable	Lugar
Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.	<b>E6.</b> Identificar los procesos que son repetitivos o poco relevantes y estandarizarlos acorde a su prioridad.	Responsable de la Unidad de Laboratorio Clínico el biólogo Carlos Altamirano Mego	Hospital Gustavo Lanatta Lujan.

Fuente: Adaptado de Deming.

Por ende, para el desarrollo adecuado de cada estrategia se hace el mismo proceso de la identificación de actividades y acciones que permitirán un mejor entendimiento del objetivo.

Tabla 38.  
*Desarrollo de la estrategia 6.*

Objetivo 4	Estrategias	Actividades	Acciones
Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.	<b>E6.</b> Identificar los procesos que son repetitivos o poco relevantes y estandarizarlos acorde a su prioridad.	<p><b>Act17.</b> Identificar los procesos que conlleva una atención al usuario.</p> <p><b>Act18.</b> Seleccionar los procesos que guarden similitud y unirlos en uno solo, así mismo anular el proceso que sea repetitivo.</p> <p><b>Act19.</b> Priorizar los procesos y seguir un orden acorde al desenvolvimiento de la atención.</p>	<p><b>Acc17.</b> Hacer una lista de los procesos que se llevan a cabo dentro de la Unidad de Laboratorio Clínico.</p> <p><b>Acc18.</b> Verificar que procesos pueden ser convertidos en uno solo y cuales necesitan ser eliminados.</p> <p><b>Acc19.</b> Hacer una secuencia de los nuevos procesos y priorizarlos acorde a la necesidad del usuario, con el propósito de atenderle en un menor tiempo con la mejor calidad posible.</p>

Fuente: Adaptado de Deming.

**viii. Presupuesto del desarrollo de objetivos y estrategias**

Tabla 39.

*Presupuesto del desarrollo de objetivos y estrategias.*

Objetivo	Estrategias	Actividades	Recurso	Costo	Costo por estrategia
O1.Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.	E1. Elaborar talleres de integración.	Act1. Seleccionar las dinámicas de integración más oportuna a la realidad de la Unidad de Laboratorio Clínico.	Material de oficina	S/30.00	<b>S/240.00</b>
		Act2. Determinar las fechas de los talleres.	Impresiones	S/10.00	
		Act3. Realizar materiales de apoyo.	Break	S/50.00	
		Act4. Realizar un compartir institucional.	Compartir	S/150.00	
	E2. Realizar reuniones semanales para entrega de informe y retroalimentación.	Act5. Realizar la programación para las reuniones.	Material de oficina	S/15.00	<b>S/65.00</b>
		Act6. Elaborar instrumentos para el monitoreo del desempeño y satisfacción laboral de la institución.			
		Act7. Realizar reportes con el diagnóstico.	Material didáctico	S/50.00	
		Act8. Identificar los problemas existentes y brindar posibles soluciones.			
O2.Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.	E3. Realizar capacitaciones para el desarrollo personal y profesional.	Act9. Seleccionar los temas a tratar en la capacitación.	Material de oficina	S/15.00	<b>S/596.00</b>
		Act10. Invitar a 3 ponentes.	Impresiones	S/10.00	
		Act11. Remuneración a los ponentes.		S/300.00	
	E4. Realizar capacitaciones sobre el trato y amabilidad que se le debe de ofrecer al usuario	Act12. Invitar a 2 ponentes	Material de oficina	S/6.00	
		Act11. Remuneración a los ponentes.		S/200.00	
		Act12. Realizar la programación de las fechas de capacitación.	Material de oficina	S/15.00	
		Act12. Realizar materiales de apoyo.	Material didáctico	S/50.00	

O3. Incrementar la motivación de los colaboradores.	E5. Brindar reconocimientos por el desempeño realizado.	Act13. Identificar a los colaboradores con mayor rendimiento y compromiso con su trabajo.	Material de oficina	S/10.00	<b>S/80.00</b>
		Act14. Definir los reconocimientos a ofrecer.	Diploma	S/20.00	
		Act15. Cotizar los reconocimientos.			
		Act16. Entrega del reconocimiento como parte de motivación al personal.	Premio sorpresa	S/50.00	
O4. Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.	E6. Identificar los procesos que son repetitivos o poco relevantes y estandarizarlos acorde a su prioridad.	Act17. Identificar los procesos que conlleva una atención al usuario			<b>S/30.00</b>
		Act18. Seleccionar los procesos que guarden similitud y unirlos en uno solo, así mismo anular el proceso que sea repetitivo.	Material de oficina	S/30.00	
		Act19. Priorizar los procesos y seguir un orden acorde al desenvolvimiento de la atención.			

Fuente: Adaptado de Deming.

#### **c.4.2. Hacer**

En este paso se pone en marcha los objetivos, es decir se ejecutan las actividades planteadas dentro de la planificación.

Para ello se estableció el tiempo en que se puede realizar el plan de trabajo, calculado en un periodo de un año, el permitirá identificar cuanto será el costo de la propuesta de mejoramiento de la calidad de servicio de atención al usuario, con la finalidad de aumentar su satisfacción.

Tabla 40.

*Presupuesto y cronograma de realización de la propuesta.*

<b>Objetivo</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>
<b>O1.</b> Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.	<b>E1.</b> Elaborar talleres de integración.  <b>E2.</b> Realizar reuniones semanales para entrega de informe y retroalimentación.	S/240.00					S/240.00				S/240.00		
<b>O2.</b> Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.	<b>E3.</b> Realizar capacitaciones para el desarrollo personal y profesional.  <b>E4.</b> Realizar capacitaciones sobre el trato y amabilidad que se le debe de ofrecer al usuario	S/596.00		S/65.00		S/65.00		S/65.00		S/65.00		S/65.00	

Fuente: Elaboración propia.

Continuación de la tabla N°40: *Presupuesto y cronograma de realización de la propuesta.*

Objetivo	Estrategias	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<b>O3.</b> Incrementar la motivación de los colaboradores.	<b>E5.</b> Brindar reconocimientos por el desempeño realizado.	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00	S/80.00
<b>O4.</b> Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.	<b>E6.</b> Identificar los procesos que son repetitivos o poco relevantes y estandarizarlos acorde a su prioridad.		S/30.00						S/30.00				
<b>COSTO POR MES</b>		S/1081.00	S/110.00	S/145.00	S/80.00	S/741.00	S/320.00	S/145.00	S/110.00	S/741.00	S/320.00	S/145.00	S/80.00
<b>COSTO TOTAL DE LA PROPUESTA</b>								S/4,018.00					
<b>COSTO POR COLABORADOR (13)</b>								S/309,07					

Fuente: Elaboración propia.

Evaluando la tabla N°40 se puede determinar que para la aplicación de la propuesta se necesita tener un presupuesto estimado de S/4018 al año, para que la ejecución de las diversas acciones que permitan cumplir los 4 objetivos planteados frente al problema identificado.

Así mismo, para la mejora de la calidad de atención del usuario se requiere que se invierta un promedio de S/309.07 por colaborador, para que este ofrezca un mejor servicio acorde a los procesos de la Unidad de Laboratorio Clínico y a su vez acorde de a los requerimientos de los usuarios.

Cabe mencionar que la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital cuenta con una asignación de S/2000.00 mensuales para capacitación y servicios, lo que demuestra la viabilidad del plan de mejora por encontrarse dentro del rango del monto asignado al área.

#### **c.4.3. Verificar**

Una vez implantado el plan propuesto, se procede a la verificación de los avances a base del plan de acción, lo cual permitirá conocer si el problema que se ha estado tratando de solucionar se haya solucionado con la propuesta, en caso ya esté solucionado, nuevamente se evalúa desde un principio para una breve retroalimentación.

Es decir, se comparan los resultados obtenidos con la problemática identificada para determinar si la mejora ha ocurrido, así mismo se comparan los resultados actuales con las predicciones o resultados que fueron deseados y si se llegaron a cumplir o no.

En base al plan de acción se establece la matriz guía para la verificación de la propuesta del plan de mejora de la calidad de atención de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital, el mismo que se muestra:



Tabla 41.  
Cuadro de verificación

PROBLEMA	META	OBJETIVO	CRITERIOS DE LOGRO				OBSERVACIÓN	RECOMENDACIÓN
			NO LOGRADO	EN PROCESO	LOGRADO	SUPERÓ LAS EXPECTATIVAS		
Inadecuada prestación de servicios de atención al usuario de la Unidad de Laboratorio Clínico	Adecuada prestación de servicios con atención de calidad al usuario de la unidad de Laboratorio Clínico	<b>O1.</b> Fortalecer la integración y comunicación entre los colaboradores del área de laboratorio clínico.						
		<b>O2.</b> Mejorar la efectividad para la atención al usuario con un menor tiempo y mejor servicio.						
		<b>O3.</b> Incrementar la motivación de los colaboradores.						
		<b>O4.</b> Reducir los cuellos de botella en el proceso de atención para la efectividad del servicio.						

Fuente: Adaptado de la Deming.

**c.4.4. Actuar**

En este punto se resume y se informa todo lo aprendido en los tres pasos anteriores (planificar, hacer y verificar). Si los cambios propuestos no llevan a los resultados deseados, se tiene que modificar el plan desde el inicio o repetir el ciclo si es necesario, de lo contrario implementar los cambios si estos fueron exitosos.

Cabe mencionar que es de suma importancia el monitoreo de los cambios beneficiosos, puesto que tienen a ser olvidados y nuevamente regresar al problema que ya se dio por solucionado.

Es así que se presenta el siguiente esquema para el paso de actuar, este permitirá ver el proceso llevado a cabo desde la identificación del problema hasta los resultados obtenidos y será el documento el resumen de todo el ciclo tal como se muestra:

**ESQUEMA DEL PLAN DE MEJORA**

**Nombre del establecimiento:** \_\_\_\_\_

**RED:** \_\_\_\_\_ **ÁREA/UNIDAD:** \_\_\_\_\_

**Jefe del establecimiento de salud o líder del equipo de mejoramiento:**

\_\_\_\_\_

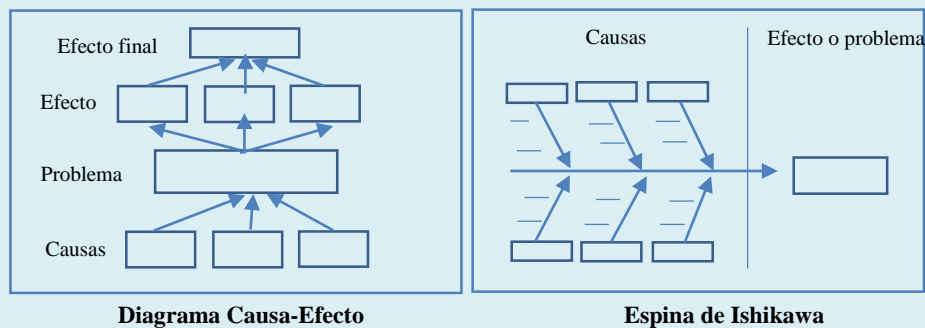
**Equipo participante:** (Listado con los nombres y cargos de los miembros de la Unidad de Laboratorio clínico o del área en estudio del establecimiento de salud que llevarán a cabo el proyecto de mejora)

<b>N°</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Cargo</b>
1.		
2.		
•		
•		
•		

## Planificación:

2. **PROBLEMA:** Breve descripción del problema.

3. **CAUSAS Y EFECTOS DEL PROBLEMA:** Se identifican las causas que originan el problema y los efectos o consecuencias que estas generan), puede ser llenado en un árbol de causa efecto o en una espina de Ishikawa.



4. **METAS Y OBJETIVOS:** Se detalla la meta deseada y los objetivos que permitirán el cumplimiento de la meta.

5. **ESTRATEGIAS Y ACCIONES (CAMBIOS):** Se detallan las estrategias por objetivo y las acciones que se realizarán de acuerdo con cada estrategia.

6. **PRESUPUESTO:** Se estiman los costos de las estrategias.

**Hacer:**

Llevar a cabo los cambios o acciones a pequeña escala y describir las dificultades para su desarrollo.

**Verificar:**

Se analizan los datos obtenidos, se comparan los resultados en relación con indicadores.

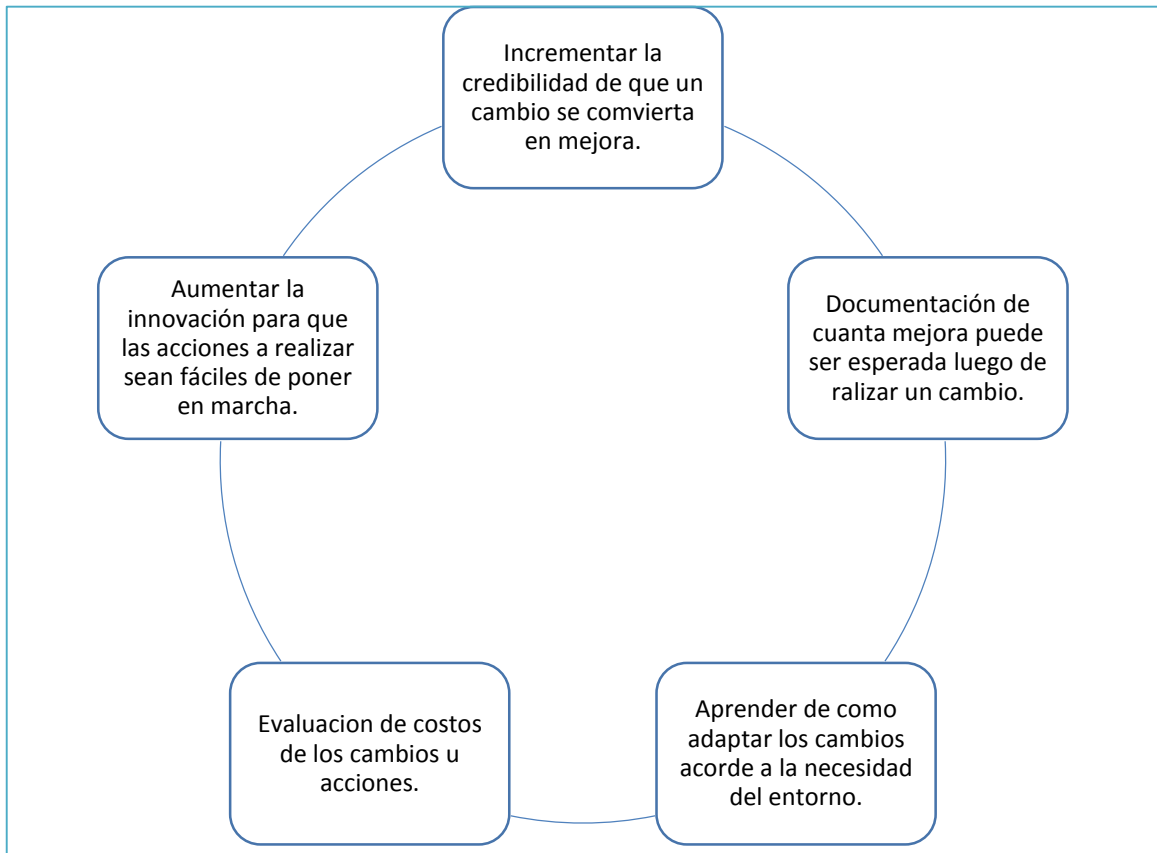
PROBLEMA	META	OBJETIVO	CRITERIOS DE LOGRO				OBSERVACIÓN	RECOMENDACIÓN
			NO LOGRADO	EN PROCESO	LOGRADO	SUPERÓ LAS EXPECTATIVAS		

**Actuar:**

Se ajustan los cambios basado en lo aprendido, se definen modificaciones y se planifica el próximo ciclo.

*Figura 53.* Esquema de proyecto de mejora.  
Fuente: Adaptado de Deming.

Cabe mencionar que el realizar el ciclo de Deming permite lo siguiente:



*Figura 54.* Beneficio final de la aplicación del Ciclo de Deming.

Fuente: Deming 2015.

### **c.5. Liderazgo**

El liderazgo permite que los colaboradores se sientan comprometidos e identificados con la entidad de donde son partícipes, permitiendo así mejorar el clima laboral, fortalecer los componentes cognitivos del colaborador asociados a un mejor desempeño de sus funciones (Norma ISO 9001, 2015).

Por ende, para la Unidad de Laboratorio Clínico se presenta el siguiente esquema de liderazgo, el cual permitirá mejorar el servicio que se ofrece a los usuarios de la unidad en estudio.



Un líder de la Unidad de Laboratorio clínico del Hospital Gustavo Lanatta Luján tienen que presentar las siguientes características:

### Capacidad de gestión

saber planificar las metas, objetivos, estrategias y acciones para la solución al problema.



### Compromiso

fuerte con el proyecto de mejora.



### Información

capacidad de procesarla y compartirla.



### Fortaleza emocional

saber manejar las emociones propias y la de los colaboradores.



### Direccionamiento

guiar a los colaboradores hacia el cumplimiento de las metas y objetivos.



### Carisma

ser agradable y mostrar interés por el bienestar de los colaboradores y usuarios de la ULC del hospital.

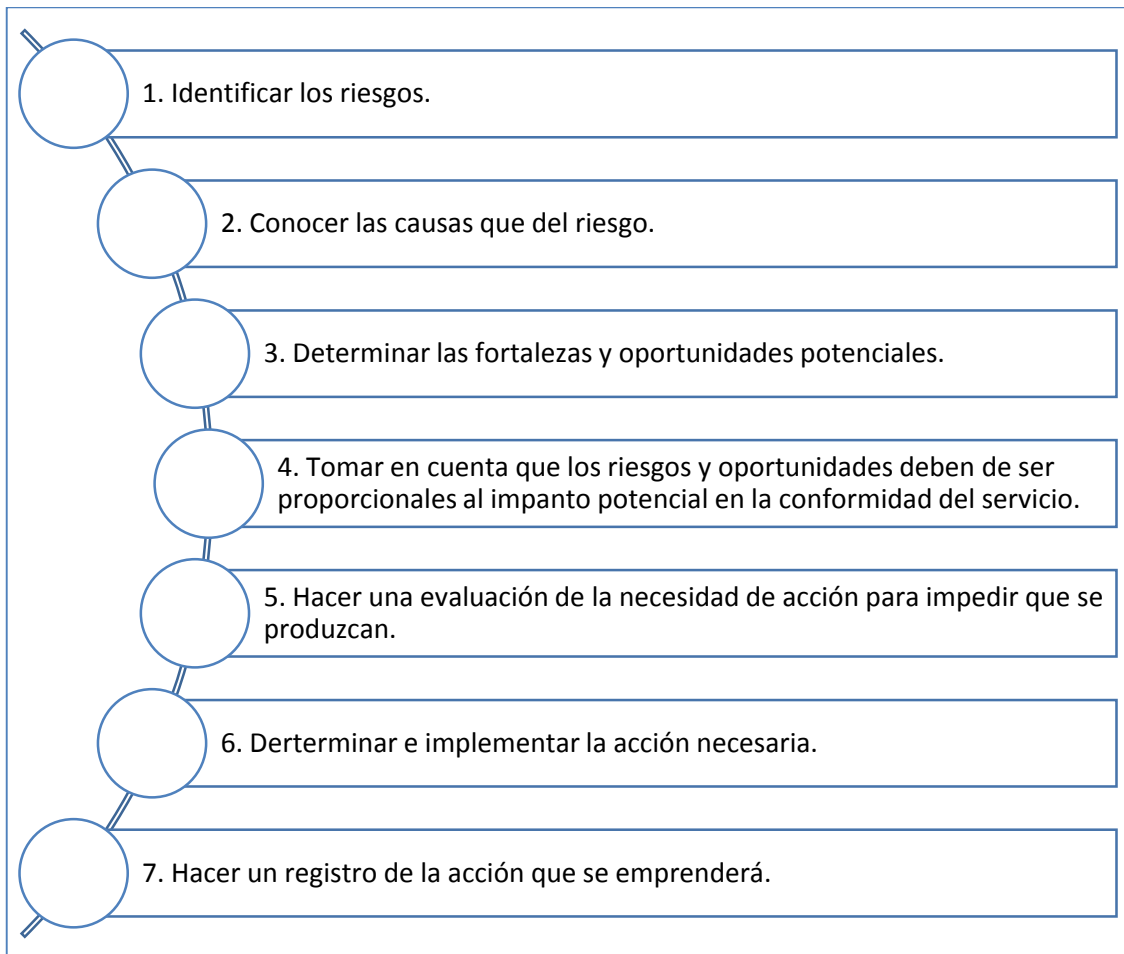


Figura 55. Características de liderazgo de un colaborador de la ULC.  
Fuente: Adaptado Norma ISO 9001:2015.

## c.6. Planificación

### c.6.1. Acciones para abordar riesgos

La Unidad de Laboratorio Clínico del hospital en estudio, tiene que abordar riesgos aprovechando las oportunidades y fortalezas que dispone, con el propósito de hacer frente a los problemas potenciales que se presenten dentro de la organización y para ello se tienen que cumplir con los siguientes pasos:



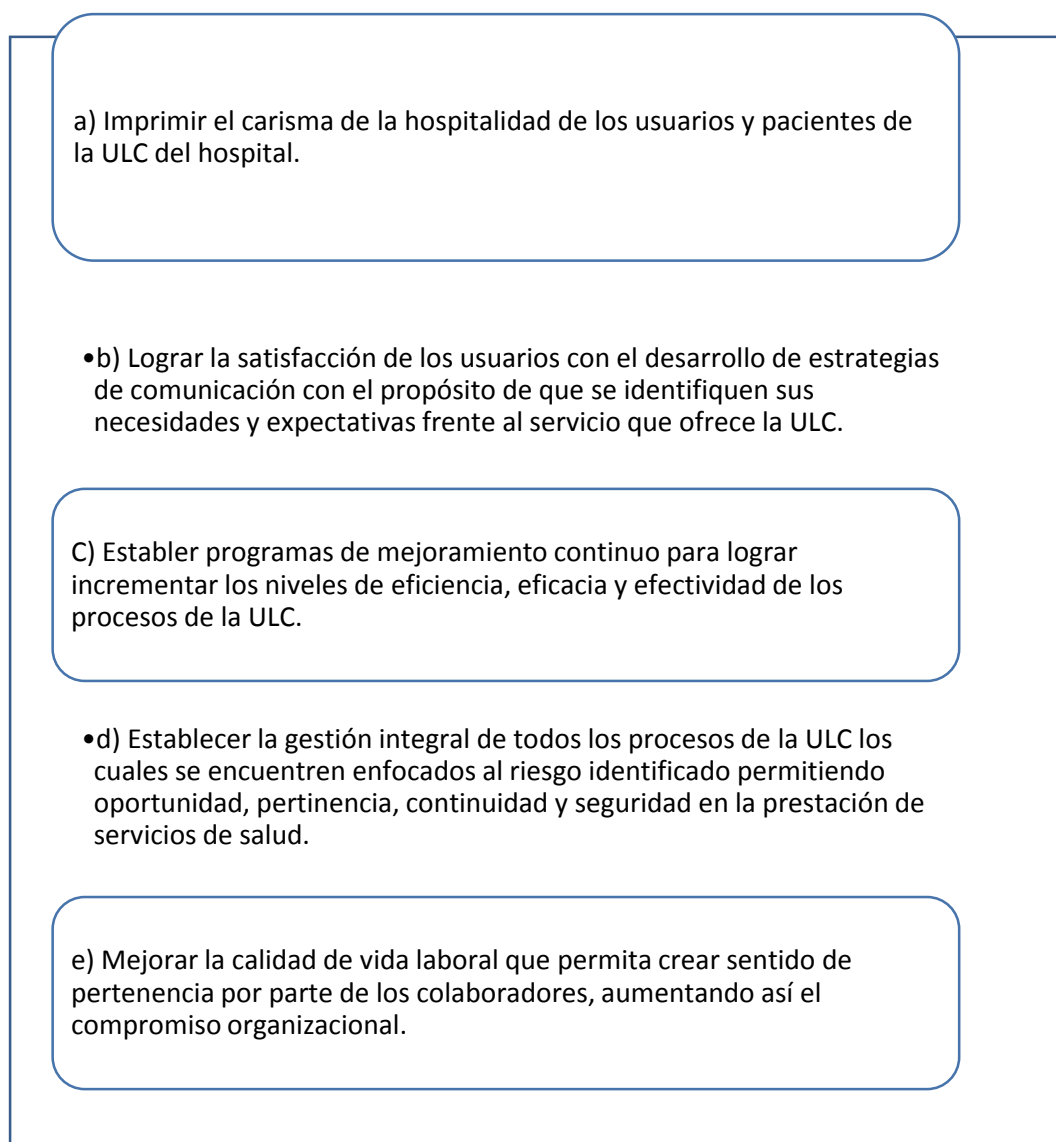
*Figura 56.* Acciones para abordar riesgos.

Fuente: Adaptado de la norma ISO 9001:2015.

Cabe mencionar que estas acciones permitirán a la Unidad de Laboratorio Clínico prevenir a gran magnitud la presencia de problemáticas e incidencias en el proceso de laboratorio que desarrollan día a día, así mismo siguiendo estos lineamientos la unidad podrá llevar el control de riesgos.

### **c.6.2. Objetivos de calidad**

Para la unidad de Laboratorio Clínico del Hospital se plantearon los siguientes objetivos de calidad que debe estar presente dentro de su plan de organización con la finalidad de brindar una mejor atención al usuario, objetivos que se observen en la siguiente figura:



*Figura 57.* Objetivos de calidad.

Fuente: Adaptado de la norma ISO 9001:2015.



## **c.7. Soporte**

### **c.7.1. Recursos humanos**

Para mejorar la calidad de atención de la Unidad de Laboratorio Clínico, es de prioridad que los colaboradores conozcan a cabalidad las funciones que les compete, para que de esta manera exista orden al momento de desempeñar sus actividades, es por ello que se les plantea un Manual de Organización de Funciones (MOF) en base al Ministerio de Salud (2017).

#### **Manual de organización y funciones**

##### **CARGO: Biólogo**

Número de plazas: 3

Requisitos mínimos del cargo:

- a) La persona encargada de desempeñar este cargo puede poseer estudios universitarios, título profesional de biólogo a nombre de la nación
- b) Capacitación profesional referente a la medicina tradicional
- c) Experiencia en actividades de investigación

Funciones del puesto:

1. Coordinar, evaluar y difundir los estudios e investigaciones biológicas referentes al campo de la medicina local.
2. Brindar asesorías y ejecutar acciones de capacitación en el campo de su especialidad, en conjunto de su área.
3. Evaluar propuestas técnicas normativas de acuerdo con la especialidad.
4. Analizar las muestras e identificar los microorganismos que pueden beneficiar o perjudicar la salud del paciente.
5. Revisar y dar conformidad a los resultados de las pruebas de laboratorio, para la disposición inmediata del servicio de medicina o del paciente.
6. Elaborar y presentar los documentos e informes que sean solicitados por el departamento.

7. Gestionar el abastecimiento adecuado de equipos, mobiliario e infraestructura.

#### Capacidades, habilidades

1. Capacidad de análisis, organización y coordinación.
2. Persona con capacidad de dirigir, escuchar y controlar el entorno interno y externo de la organización (líder).
3. Capacidad para trabajar en equipo.
4. Capacidad para dar solución pronta y oportuna a los problemas identificados en el hospital.
5. Vocación y entrega al servicio y velar por el bienestar de los demás.
6. Ser perseverante y constante en los objetivos que se propongan.
7. Tolerancia al estrés.
8. Capacidad en los aspectos de cómputo e informática.
9. Capacidad de redacción y expresión.

#### **CARGO: Médico**

Número de plazas: 2

Requisitos mínimos del cargo:

- a) Título profesional universitario a nombre de la Nación de Médico Cirujano, con especialidad en patología clínica.
- b) Encontrarse inscrito en el Colegio Médico del Perú y en el Registro nacional de Especialistas.
- c) Haber realizado en sus prácticas el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).
- d) Constante actualización médica relacionada con su especialidad o necesidad.

Funciones del puesto:

1. Supervisar controlar y realizar labor asistencial en la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital.

2. Supervisar el procedimiento de las pruebas que son realizadas por el biólogo.
3. Cumplir y hacer cumplir las normativas y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y por lo de su entidad de labor.
4. Revisar y avalar las pruebas de laboratorio.
5. Actualizar métodos y procedimientos acorde a la necesidad y mejoramiento del área.
6. Supervisar la asistencia permanente del personal asistencial a su cargo.
7. Supervisar constantemente el control de calidad del área, tanto en servicio como en experimentos.
8. Efectuar procedimientos especializados en laboratorio clínico con el propósito de cooperar con el diagnóstico, tratamiento y realización de las actividades laborales y académicas.
9. Funciones que sean asignadas por el jefe inmediato, cumpliendo con sus conocimientos y destrezas.

#### Capacidades, habilidades

1. Capacidad de análisis, organización y coordinación.
2. Persona con capacidad de dirigir, escuchar y controlar el entorno interno y externo de la organización (líder).
3. Capacidad para trabajar en equipo.
4. Capacidad para dar solución pronta y oportuna a los problemas identificados en el hospital.
5. Vocación y entrega al servicio y velar por el bienestar de los demás.
6. Ser perseverante y constante en los objetivos que se propongan.
7. Tolerancia al estrés.
8. Habilidad técnica para manejar equipos informáticos.
9. Capacidad de redacción y expresión.

#### **CARGO: Técnico en laboratorio**

Número de plazas: 6

Requisitos mínimos del cargo:

- a) Título técnico en laboratorio, graduado en un instituto superior tecnológico.

- b) Constante actualización mediante cursos que se encuentren relacionados con su cargo y afines.

Funciones del puesto:

1. Realizar procedimientos y pruebas analíticas, bioquímica, hematológicas.
2. Ejecutar las solicitudes de materiales, reactivos e insumos que sean de necesidad en los procedimientos y pruebas analíticas.
3. Tomar las muestras solicitadas y derivarlas al área que corresponde para que evaluadas.
4. Preparación de los materiales, insumos, reactivos que se necesiten para que se lleve a cabo correctamente los procedimientos y pruebas analíticas.
5. Aceptar con responsabilidad y autoridad las funciones que le asigne el servicio o jefe del departamento.

Capacidades, habilidades

1. Persona con capacidad de dirigir, escuchar y controlar el entorno interno y externo de la organización (líder).
2. Capacidad para trabajar en equipo.
3. Capacidad para dar solución pronta y oportuna a los problemas identificados en el hospital.
4. Vocación y entrega al servicio y velar por el bienestar de los demás.
5. Ser perseverante y constante en los objetivos que se propongan.
6. Tolerancia al estrés.

**CARGO: Auxiliar de laboratorio**

Número de plazas: 6

Requisitos mínimos del cargo:

- a) Estudios secundarios completos.
- b) Capacidad técnica en medias de bioseguridad.

Funciones del puesto:

1. Realizar con responsabilidad las actividades técnicas que se le fuesen asignadas.
2. Solicitar la provisión de materiales a necesidad de los exámenes.
3. Suministra y cambiar el agua destilada en las unidades que funcionan con tal servicio.
4. Apoyo en la toma de muestras y posteriormente distribuirlas al área que corresponda.
5. Cumplir con las normas de bioseguridad con el propósito de evitar y controlar daños o riesgos.
6. Participar cuidadosa y activamente en el cuidado y mantenimiento de la limpieza del ambiente de labor.
7. Aceptar con respeto y responsabilidad las funciones que sean asignadas por su jefe inmediato.
8. Mantener la imagen y el prestigio del servicio de la Unidad de Laboratorio Clínico.

Capacidades, habilidades

1. Capacidad de análisis, redacción, expresión y organización.
2. Vocación y entrega al servicio y velar por el bienestar de los demás.
3. Ser perseverante y constante en los objetivos que se propongan.
4. Tolerancia al estrés.

### **c.7.2. Competencia**

Según la Norma ISO 9001 (2015, p.23), la organización debe de ser competente y generar competencia con la finalidad de que los colaboradores desarrollen sus habilidades y fortalezcan su desempeño, es por ello por lo que la persona encargada de que se realice el plan de mejora en la Unidad de Laboratorio Clínico en conjunto de los colaboradores tiene que:

**El encargado de la Unidad de Laboratorio Clínico en conjunto de sus colaboradores tienen que:**



Asegurar que los colaboradores sean competentes, basándose en sus conocimientos, educación, formación y experiencia.



Tomar acciones para la adquisición de competencias necesarias y evaluar la eficacia y efectividad de las acciones tomadas.



Conservar la información adquirida por las acciones y documentarla, como modelo evidencial de la competencia.

Fortalecer el trabajo en equipo compartiendo los conocimientos adquiridos en el lapso de un mes.



*Figura 58. Características de liderazgo de un colaborador de la ULC.*

Fuente: Adaptado de la norma ISO 9001:2015.

### **c.7.3. Toma de conciencia**

Todos los participantes de la Unidad de Laboratorio Clínico tienen que tomar conciencia de la política de calidad, de los objetivos de calidad y contribuir a la eficacia de ofrecer un servicio de calidad; esto puede ser logrado mediante:

- a) Capacitaciones.
- b) Información colgada en el periódico mural de la Unidad de Laboratorio Clínico.
- c) Reuniones del área.

Los colaboradores además deben de conocer las implicancias que conllevará de no cumplir los requisitos de calidad que se exponga en la unidad.

#### c.7.4. Comunicación

La Norma ISO 9001 (2015), establece que la organización es la encargada de establecer quienes, cómo y cuando se debe de realizar la comunicación para la mejora de la calidad, es así que para la Unidad de Laboratorio Clínico las personas responsables de dirigir la comunicación adecuada es todo el personal asistencial en concordancia con la encargada de la unidad, donde para un mayor alcance se dará respuesta a la siguiente tabla:

Tabla 42.  
*Comunicación.*

<b>Comunicación interna</b>				
<b>Información a comunicar (Qué)</b>	<b>Receptor (quiénes)</b>	<b>Soporte medio de transacción (cómo)</b>	<b>Frecuencia (cuándo)</b>	<b>Responsable de la comunicación (quién)</b>
Mejorar el servicio al usuario.	Personal asistencial de la unidad de Laboratorio Clínico.	La información será transmitida mediante la aplicación de un plan de mejora, el que será impartido por medio de documentos y talleres de capacitación.	Será realizado el plan de mejora de manera anual.	Encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital Gustavo Lanatta Luján.

*Fuente: Adapatdo de la norma ISO 9001.*

#### c.7.5. Información documentada

Según la Norma ISO 9001 (2015), establece que todo lo que se plantee dentro de la entidad para mejorar la calidad de servicio, tiene que estar documentado para que de acuerdo a la información que se establezca permita hacer acciones correctivas con el propósito de tener un plan de mejora continuo.

Tabla 43.  
Verificación de la información documentada.

Contenido de la norma ISO 9001:2015		Lo contiene el plan de mejora	
		Si	No
Enfoque basado en procesos	Planificar		
	Hacer		
	Verificar		
	Actuar		
Contexto de la organización	Misión y visión		
	AMOFHIT		
	FODA		
	PESTE		
Liderazgo	Compromiso organizacional y políticas de calidad		
Planificación	Acciones para abordar riesgos y oportunidades		
	Objetivos de calidad		
	Plan de cambios		
Soporte	Gestión de talento humano		
	Competencia		
	Toma de conciencia y comunicación		
Operación	Planificación y control operacional		
	Control de la provisión externa		
	Entrega de servicio		
Evaluación del desempeño	Auditoría interna.		
	Revisión por la dirección.		
Mejora	Acción correctiva		
	Mejora continua		

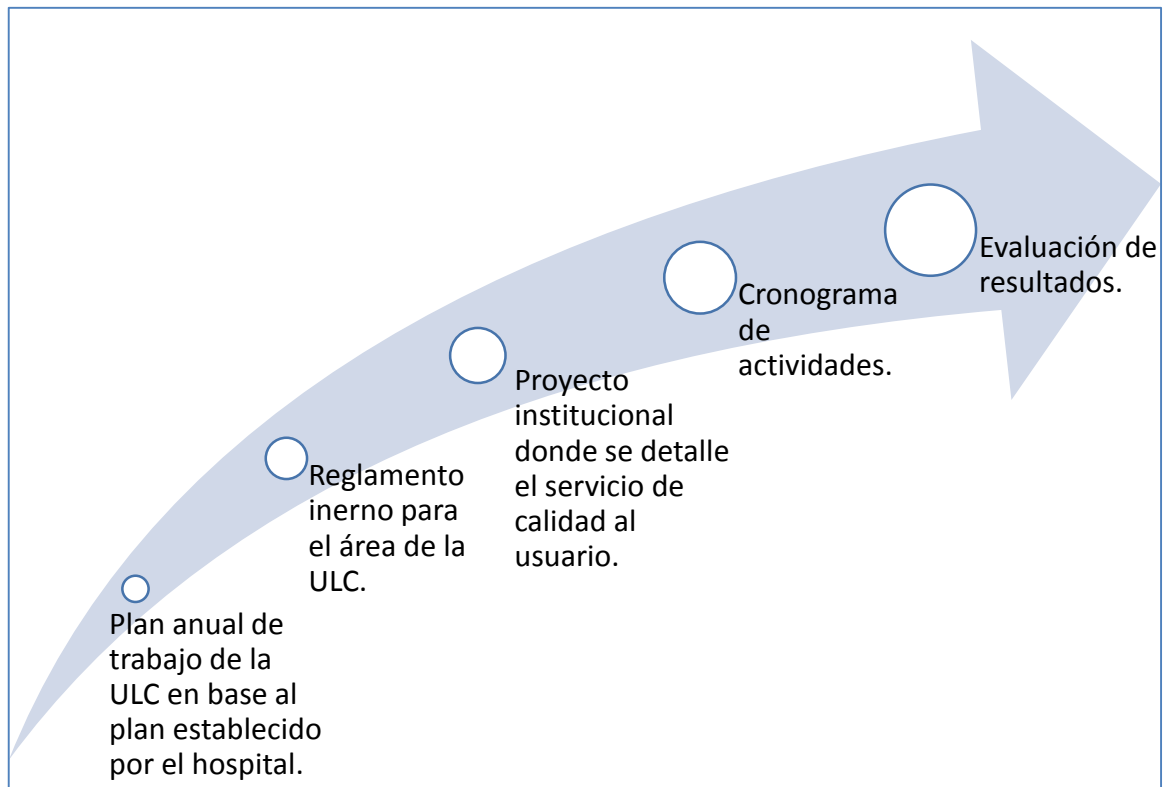
Fuente: Adaptado de LA Norma ISO 9001:2015.



## c.8. Operación

### c.8.1. Planificación y control operativo

Para la planificación y control operativo, se establece que la Unidad de Laboratorio Clínico tiene que contar con:



*Figura 59.* Planificación y control operativo.

Fuente: Adaptado de Peña.

La planificación y control operativo establecido permite a la Unidad de Laboratorio Clínico tener conocimiento sobre el proceso en general que le conllevará a cumplir los requisitos para la provisión de un servicio de calidad otorgado al usuario del establecimiento de salud.

### c.8.2. Diseño del servicio

Actualmente la Unidad de Laboratorio Clínico no cuenta con un diseño de servicio establecido es así que por medio de la observación que se le ha hecho a la unidad en estudio se ha diseñado el proceso de servicio que debería establecer la unidad en base a sus actividades de operación que realizan a diario, tal como se muestra en la siguiente figura:



Figura 60. Diseño del servicio.  
Fuente: Saiden (2016)

### c.8.3. Control de procesos

El control de procesos consiste en que la Unidad de Laboratorio Clínico tiene que asegurar que los procesos del servicio de calidad que se ofrece al usuario deben de cumplir con los lineamientos que se presenten dentro del plan de mejora para ello se plantea un modelo para el control de estos procesos:

Tabla 44.

#### *Modelo de control de procesos*

<i>Controles a aplicar</i>	<i>Se realizó</i>	<i>No se realizó</i>	<i>En proceso</i>
<i>Planificación de reorganización de procesos.</i>			
<i>Priorización de procesos.</i>			
<i>Identificación de procesos repetitivos.</i>			
<i>Procesamiento de validación de muestras acorde a las normativas del MINSA.</i>			
<i>Entrega de resultados al usuario con una atención oportuna y de calidad.</i>			
•			
•			
•			

Fuente: Adaptado de la Norma ISO 9001:2015.

### c.9. Evaluación de desempeño

La evaluación de desempeño es uno de los criterios resaltantes de un plan de mejora, puesto que con esta evaluación se podrá identificar cuán comprometidos se encuentra el personal asistencial con la Unidad de Laboratorio Clínico y por ende con el Hospital Gustavo Lanatta Luján.

Cabe resaltar que la evaluación es un proceso sistemático y periódico de estimación tanto cuantitativa como cualitativa del grado de eficacia y eficiencia con el que los colaboradores de una entidad desarrollan sus actividades, funciones y responsabilidades del cargo o puesto que poseen.

Es así que se plantea un modelo de evaluación de desempeño en base al plan de mejora de calidad de servicio que se está proponiendo:

<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO</b>						
<b>Unidad:</b> _____						
<b>Evaluado:</b> _____						
<b>Puesto:</b> _____ <b>Fecha de ingreso:</b> ___/___/___						
<b>Evaluador:</b> _____						
<b>Fecha de evaluación:</b> ___/___/___						
Área de desempeño	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto	Puntaje
	1	2	3	4	5	
UTILIZACIÓN DE RECURSOS: Forma como emplea los equipos y elementos dispuestos para el desempeño de sus funciones.						
CALIDAD: Realiza sus trabajos de acuerdo con los requerimientos en términos de contenido, exactitud, presentación y atención.						
OPORTUNIDAD: Entrega los trabajos de acuerdo con la programación previamente establecida.						
RESPONSABILIDAD: Realiza las funciones y deberes propios del cargo sin que requiera supervisión y control permanentes y asumiendo las consecuencias que se derivan de su trabajo.						

CANTIDAD: Relación cuantitativa entre las tareas, actividades y trabajos realizados y los asignados.						
CONOCIMIENTO DEL TRABAJO: Aplica las destrezas y los conocimientos necesarios para el cumplimiento de las actividades y funciones de su cargo.						
COMPROMISO INSTITUCIONAL: Asume y transmite el conjunto de valores organizacionales. En su comportamiento y actitudes demuestra sentido de pertenencia a la Unidad de Laboratorio Clínico.						
RELACIONES INTERPERSONALES: Establece y mantiene comunicación con usuarios, superiores, compañeros y colaboradores propiciando un ambiente laboral de cordialidad y respeto.						
INICIATIVA: Resuelve los imprevistos de su trabajo y mejora los procedimientos.						
CONFIABILIDAD: Genera credibilidad y confianza frente al manejo de la información y en la ejecución de actividades.						
COLABORACIÓN: Cooperación con los compañeros en las labores de la dependencia y de la entidad.						
ATENCIÓN AL USUARIO: Demuestra efectividad ante la demanda del servicio y atiende con empatía al usuario de la ULC.						
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						

Escala de desempeño:      1-12 → Muy bajo  
    13-24 → Bajo  
    25-36 → Moderado  
    37-48 → Alto  
    49-60 → Muy alto

\_\_\_\_\_  
**Firma del evaluador**

*Figura 61.* Modelo de evaluación de desempeño.  
 Fuente: Adaptado de Villegas (2016).

**c.10. Mejora:**

Según la ISO 9001 (2015), este acápite consiste de detallar el proceso llevado para la propuesta del plan de mejora, situación que ya se ha ido desarrollando punto por punto en la propuesta establecida, es así que se propone la estructura del plan de mejora que se ha llevado a cabo y la que permitirá la guía para el planteamiento de cualquier otro problema que se presente en la Unidad de Laboratorio Clínico o en el Hospital en general.

Cabe recalcar que uno de los primeros pasos es identificar las problemáticas y proponer la mejora para luego priorizarlas de tal forma que se brinde una pronta solución, siendo así que se plantea la siguiente matriz:

Tabla 45.

*Tabla de priorización de las mejoras institucionales.*

TABLA PARA LA PRIORIZACIÓN DE LAS MEJORAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD								
Nombre de la institución			Área de mejora					
N°	Criterio	Acción propuesta	Ponderación				TOTAL	
			Ninguno=0 Bajo=1 Moderado=2 Alto=3					
			Criterios					
			Impacto en los objetivos	Impacto en las personas	Impacto en los procesos	Impacto en los servicios	Impacto financiero	
M1								
M2								
M3								
...								

Fuente: Adaptado de Villegas (2016).

Por otro lado, se propone la matriz del plan de mejora considerado en la investigación, el cual tiene por principal objetivo dar solución a una problemática identificada mediante objetivos y acciones.

Tabla 46.  
Matriz de Plan de mejora.

PLAN DE MEJORA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD											
N°	Criterio	Sub criterio	Área de mejora	Acción de mejora	Meta	Objetivo	Estrategias	Tiempo	Responsable de Ejecución	Indicador de logro	Comentario
M1											
M2											
M3											
M4											
M5											
...											

Fuente: Adaptado de Villegas (2016).

Por último, se propone un seguimiento de los avances del plan de mejora institucional, con el propósito de tener conocimiento de cómo va marchando las tareas y acciones para el cumplimiento del plan de mejora, permitiendo este análisis el tomar acciones correctivas en caso las tareas no se estén cumpliendo en el tiempo establecido, es así que se plantea la siguiente matriz:

Tabla 47.  
Matriz de seguimiento del Plan de mejora.

SEGUIMIENTO DE AVANCES DEL PLAN DE MEJORA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
	<b>Responsable del plan</b>								
	Revisa						Fecha:	___/___/___	
	Aprueba						Fecha:	___/___/___	
Tareas	Responsable	Estado de realización a la fecha					Resultado final (s/.) en términos monetarios	Comentarios	
		0%	25%	50%	75%	100%			
1. _____									
2. _____									
3. _____									
4. _____									
5. _____									
...									

Fuente: Adaptado de Villegas (2016).



#### IV. DISCUSIÓN

En el presente capítulo se responderá a los objetivos de la investigación teniendo en cuenta todos los instrumentos aplicados a muestra de estudio de 306 usuarios de la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján, como también la entrevista a la encargada o responsable de la Unidad de Laboratorio Clínico, los instrumentos de investigación han sido validados mediante tres juicios de expertos, profesionales con conocimientos del tema.

Así mismo se aplicó un análisis estadístico para determinar la confiabilidad de las encuestas, donde se halló como resultado un alfa de Cronbach de 0,828 para la encuesta realizada a los usuarios de la unidad en estudio, la cual denotó un buen índice de consistencia interna en las respuestas de los cuestionarios, es decir las encuesta brindaron información confiable, puesto que cuando en Alfa de Cronbach se encuentra entre [0,7-0,8], el análisis de fiabilidad del instrumento es aceptable; así mismo, se tomaron en cuenta los trabajos previos y teorías relacionadas al tema.

**a) Diagnóstico la situación actual de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan.**

El diagnóstico de la situación actual de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico es la parte principal para dar inicio a la investigación, puesto que permitió la identificación de las problemáticas que presenta la unidad en estudio, además permitió conocer más el ambiente donde se llevó a cabo la investigación.

Maldonado (2014), en su tesis Calidad de atención percibida por los Usuarios/clientes de consulta externa del Hospital de seguro social universitario La Paz, 2013, menciona que el diagnóstico de la calidad de atención que ofrece una empresa permite el conocimiento del giro de la organización, las falencias que esta presenta y la relación que tienen los colaboradores con su centro de trabajo, este diagnóstico puede ser visual, mediante una entrevista o encuesta, encontrándose de acuerdo con el autor, por lo que en la presente investigación se hizo una entrevista a la encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico, donde manifestó que el área no cuenta con el equipamiento adecuado, el personal asistencial no se encuentra comprometido con sus funciones, conllevando a que los usuarios no reciban una atención de calidad.

**b) Diagnosticar la calidad de atención que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan mediante la metodología del Servqual.**

La calidad de servicio se analizó en base a la metodología del SERVQUAL, la misma que permitió hacer una evaluación a la percepción del usuario en sus cinco dimensiones en base a las expectativas que estos presentan, así como lo manifiesta Ibarra Morales (2015) donde indica que esta metodología ayuda a identificar como siente el usuario el servicio que le ofrecen si es bueno o malo desde su punto de vista.

Caruajulca (2016), en su investigación Modelo de gestión para eficiencia y calidad de servicio en la atención al usuario en la Municipalidad Provincial de Rodríguez de Mendoza – Amazonas, utilizó la herramienta del Servqual para conocer la calidad de servicio que estaba brindando la municipalidad a la población, de las cuales obtuvo resultados desfavorables, puesto que el servicio que ofrecían no era de calidad por lo que no cubría las expectativas del usuario, generando así una propuesta basada en estrategias de gestión de calidad total de tal manera que se mejore la eficiencia y calidad de atención, encontrándose de acuerdo con el autor por la idéntica realidad encontrada en el presente estudio, pues el servicio que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico no cubre las expectativas del usuario.

Saidén (2016), en su tesis Calidad de atención en la consulta externa del Hospital de San Juan de Lurigancho 2016, aplicó una encuesta basada en la herramienta del SERVQUAL a una muestra de 100 pacientes a fin de conocer la percepción que ellos tienen de la calidad de atención, donde obtuvo un puntaje de 2.85 lo que indicó que la capacidad de respuesta que manejan los colaboradores de la empresa es adecuada, sin embargo se mostró un puntaje de 1.9 referente con la infraestructura del hospital, señalando que los usuarios se sienten insatisfechos con la infraestructura.

Donde se encuentra en desacuerdo con el autor frente a los resultados obtenidos, puesto que en la presente investigación se obtuvieron otros resultados, de los cuales se tienen que la dimensión de capacidad de respuesta arrojó un puntaje de 2, lo que denota que los usuarios de la unidad de laboratorio Clínico se encuentran insatisfechos con la rapidez y oportuna atención, así mismo se obtuvo un puntaje del 2.1 en elementos tangibles, lo que indica que los usuarios que la infraestructura,

equipamiento y mobiliario con el que cuenta la unidad no es el adecuado ni lo suficiente para ofrecer un servicio de calidad.

**c) Proponer el plan de mejora continua en basado en la Norma ISO 9001:2015.**

Saidén (2016), en su tesis Calidad de atención en la consulta externa del Hospital de San Juan de Lurigancho 2016, usa como herramienta de soporte la Normativa ISO 9001:2015, para el planteamiento de una propuesta de mejora continua, encontrándose de acuerdo con el autor puesto que esta herramienta es la que más se ajusta para el planteamiento del plan de mejora, por lo que permite la identificación del problema y las acciones para darle solución a las problemáticas que se identifiquen, estas acciones a considerar serán planteados luego que se detallen objetivos y estrategias que hagan frente al problema identificado.

Parada (2015), en su investigación Estrategias de la mejora continua de la calidad de atención en salud materna, neonatal e infantil en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsistema público de Bolivia, manifestó que la aplicación de estrategias de mejora continua de la calidad de atención conllevó a proponer acciones de manera progresiva que se encuentren alineados al logro de los objetivos y el fortalecimiento de las áreas críticas y buen servicio, encontrándose en desacuerdo con el autor por lo que solo aporta estrategias que permitan analizar la calidad de atención y el diseño de estrategias de mejora mas no presentan una estructura que permita enriquecer las acciones para que los hospitales ofrezcan un mejor servicio, para el involucramiento y compromiso de todo el personal de salud.

Barberán (2015), en su informe Gestión para el mejoramiento continuo de atención del área de consulta externa del Hospital de IESS Santo Domingo, muestra una gestión de mejoramiento continuo basado en la metodología del Ciclo de Deming que permitirá al hospital tener procesos simples, reducción de tiempo en la atención, evitar las actividades repetitivas en el servicio mejorando así la calidad y satisfacción del usuario, estudio que presenta una herramienta que permite propuestas de estrategias basadas en cuatro principales dimensiones que son planear, hacer, verificar y actuar, encontrándose en desacuerdo con el autor en el uso de la metodología, por lo que es considerada como una parte de la Norma ISO 9001:2015 que se desea proponer, y lo que se desea es una herramienta faciliten la toma de decisiones y correcciones de incidencias en el momento oportuno.

## V. CONCLUSIONES

De acuerdo con el desarrollo de la investigación y los objetivos planteados se concluyó lo siguiente:

- a) En el diagnóstico de la situación actual de la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján se concluyó que este no cuenta con un equipamiento moderno, ni adecuado que permita realizar los análisis con mayor facilidad y gran efectividad, además la infraestructura no permite atender a tiempo a los pacientes, por otro lado que obtuvo que no se cuenta con un sistema de registro tecnológico, lo que conlleva a que se ofrezca un bajo nivel de servicio a los usuarios.
- b) Al analizar la calidad de servicio que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico mediante la herramienta del Servqual, se obtuvo que los usuarios se encuentran insatisfechos con el servicio que reciben, con un puntaje general de 1.97 que denota insatisfacción, con respecto a la dimensión de elementos tangibles se obtuvo un 2.1 que indica que los usuarios se encuentran insatisfechos con la infraestructura y equipamiento de la unidad, la dimensión empatía presentó un puntaje mayor de 2.16 el cual a pesar el puntaje más alto no significa que denote satisfacción al contrario también indica insatisfacción por los usuarios con el trato y cordialidad que le brinda el personal asistencial.
- c) El plan de mejora propuesto se basó en la Norma ISO 9001:2015, permitió la identificación del problema que es el Inadecuado servicio de atención a los usuarios de la Unidad de Laboratorio Clínico, en base a ello, se propuso un plan de acción para hacer frente al problema, el que consistió en el planteamiento de objetivos, estrategias y acciones, donde evaluando el costo por acción se tuvo que la propuesta presenta un valor de S/4018.00 para implementarla, de la cual se tiene que la unidad de laboratorio clínico invertirá S/309.07 por colaborador (13) para que se ofrezca un mejor servicio de atención a los usuarios.
- d) En base a que la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital cuenta con una asignación de S/2000.00 mensuales para capacitación y servicios, se demuestra la viabilidad del plan de mejora por encontrarse dentro del rango del monto asignado al área, en los aspectos económicos y sociales, puesto que por tratarse de una entidad pública la propuesta solo se encuentra enmarcada a la solución del problema en base a acciones propuestas por el investigador.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Si bien es cierto la atención que se brinda en los establecimientos de salud, en gran parte no satisface las expectativas de los usuarios, pero por deberse de un servicio público este tiene con mayor razón que mejorar, para ellos se recomienda utilizar la información mensual de atenciones para la ampliación o modificación de horarios de atención y establecer programas de capacitación para el personal asistencial de todo el hospital, el mismo que debe de estar alineado a ofrecer un servicio de atención de calidad y mayor compromiso con el bienestar de la población.
- b) La investigación realizada servirá como base para futuros estudios es así que se recomienda como primer punto para la realización de un plan de mejora es conocer la problemática que genere más impacto en la entidad de cual dándole solución a esa se estaría contrarrestando la mayor parte de las causas que lo originan, lo recomendable es un diagrama de Pareto.
- c) Se recomienda a la Unidad de Laboratorio Clínico y a todo el hospital, que el plan de mejora que desarrollen lo evalúen cada año para ver los resultados obtenidos y verificar cuán favorables han sido para la entidad, así mismo permitirá que se identifiquen más problemáticas a las cuales se tiene que hacer frente.
- d) Se recomienda que todo plan de mejora propuesto para una entidad pública tiene que ajustarse al presupuesto anual que la institución maneje, para que de esta forma sea viable y llegue a implantarse con mayor facilidad en el menor tiempo posible.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avaca, P. (2014). *Planes de mejora institucionales*. Ica: Publicaciones de la Universidad Nacional San Luis.
- Barberán, J. (2015). *Gestión para el mejoramiento continuo de atención del área de consulta externa del Hospital de IESS Santo Domingo*. Santo Domingo: Publicaciones de la Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Caruajulca, N. (2016). *Modelo de gestión para eficiencia y calidad de servicio en la atención al usuario en la Municipalidad Provincial de Rodríguez de Mendoza – Amazonas*. Chachapoyas: Publicaciones de la Universidad Santo Toribio Rodríguez de Mendoza.
- Deming, E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Editorial MonoComp S.A.
- García, J., & Casanueva, C. (2015). *Prácticas de la gestión empresarial*. España: Pirámide.
- Gerencia Regional de Salud de Amazonas. (2019). *Memoria Institucional 2018*. Chachapoyas: Publicaciones de la GERESA de Amazonas.
- Hernández Siampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación Científica*. Mexico: Interamericana Editores, S.A. DEC.V.
- Ibarra Morales, L. (2015). *Los modelos Servpef y Servqual, una herramienta para medir la calidad del servicio*. España: Editorial Académica Española.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Estadística referenciales del sector salud*. Lima: Publicaciones del INEI.
- Jiménez, E. (2015). *Utilización del Alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso de software Minitab*. Mexico: Publicaciones de la Universidad Tecnológica del Sur de Sonora.
- Leonidas, B. (2017). *Implementación de un sistema de gestión de calidad, basado en la norma ISO 9001:2015 para la mejora de la calidad de atención y productividad de la empresa*. Lima: Publicaciones de la Universidad César Vallejo.
- Maldonado, A. (2014). *Calidad de atención percibida por los Usuarios/clientes de consulta externa del Hospital de seguro social universitario La Paz, 2013*. La Paz: Publicaciones de la Mayor de San Andrés.
- Martínez, I. (2013). *Evaluación de la calidad de los planes de mejora para atender la diversidad en educación secundaria*. Granada: Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Matsumoto Nishizawa, R. (2014). *Desarrollo del modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto*. Bolivia: Publicaciones de la Universidad Católica de Bolivia San Pblo Cochabamba.

- Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). *Inversión en salud*. Lima: Publicaciones del MEF.
- Ministerio de educación (MINEDU). (2017). *Plan de acción y buena práctica para el fortalecimiento del liderazgo pedagógico*. Lima: Publicaciones de MINEDU.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2017). *Calidad de atención en los establecimientos de Salud*. Lima: Publicaciones del MINSA.
- Norma Internacional ISO 9001. (2015). *Sistema de gestión de la calidad*. Ginebra: Publicaciones de la secretaría Central de ISO .
- Parada, C. (2015). *Estrategias de la mejora continua de la calidad de atención en salud materna, neonatal e infantil en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del subsistema público de Bolivia*. La Paz: Publicaciones de la Universidad Mayor de San Andrés.
- Peña, A. (2017). *Planeamiento estratégico del sector salud privado en Lima*. Lima: Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Porter, M. (2015). *Estrategia competitiva*. Mexico: Grupo editorial Patria.
- Proaño, D. (2017). *Metodología para elaborar un plan de mejora continua*. Quito: 3C Empresa.
- Ramírez, J. (2015). *Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el servicio de traumatología del hospital Nacional Hugo Pesce Pecetto Andahuaylas*. Andahuaylas: Publicaciones de la Universidad José María Arguedas.
- Reyes Hernández, S. (2016). *Calidad del servicio para aumentar la satisfacción del clientes de la asociación Share*. Quetzaltenango: Publicaciones de la universidad Rafael Landívar.
- Rojas, O. (2016). *Plan de mejora par fortalecer el la calidad de servicio del Hospital de Villavicencio*. Villavicencio: Publicaciones de la Universidad de Llanos.
- Ruiz, R. (2017). *Calidad de atención al cliente y el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital ESSALUD II, Tarapoto, Sam Martín*. Tarapoto: Publicaciones de la Universidad César Vallejo.
- Siadén, Q. (2016). *Calidad de atención n la consulta externa del Hospital de San Juan de Lurigancho2016*. Lima: Publicaciones de la Universidad San Martín de Porres.
- Soria, T. (2013). *Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de oncología clínica del Hospotal Solca Quito, año 2013*. Quito: Publicaciones de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- Tamayo, M. (2014). *El proceso de la Investigación científica*. Mexico: Editorial Limusa S.A.
- Tschohl, J. (2016). *Servicio al cliente* (Quinta edición ed.). Estados Unidos: Service Quality Institute.

- Vásquez, A. (2105). *Propuesta de mejora de la calidad de servicio en el policlínico Chiclayo oeste ubicado en la ciudad de Chiclayo*. Chiclayo: Publicaciones de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo.
- Villegas, L. (2016). *Plan de mejoras, herramienta de trabajo- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)*. España: Publicaciones de ANECA.
- Zeithanml, Berry, & Parasuraman. (2004). *Herramienta del SERVQUAL. Calidad de servicio*. Miami: Publicaciones de la Universiad de Miami.



## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de consistencia para la propuesta de un plan de mejora continua para la calidad de atención

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN	TÉCNICAS	ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es la propuesta de un plan de mejora permitirá mejorar la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan de la ciudad de Bagua?	Objetivo general	<b>Variable 1:</b> Plan de mejora.	<b>Según el:</b>	<b>Población 1:</b> La población consta de 1500 usuarios de la Unidad de Laboratorio Clínico.  <b>Población 2:</b> 13 colaboradores	Entrevista y encuesta	El procesamiento de los análisis de los datos se llevará a cabo mediante la herramienta del SPSS STATICS, que se utilizará para el análisis e interpretación de los datos, mientras que para su presentación en tablas y figura se hará uso de la herramienta de Microsoft Excel, la que permitirá personalizar el diseño para una mejor visualización.
	Objetivo específico		Enfoque: Cuantitativa			
	a) Diagnosticar la situación actual de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan mediante una entrevista a la encargada del área en estudio.	<b>Variable 2:</b> Calidad de atención.	Tipo: Básica	DISEÑO	MUESTRA	
b) Analizar la calidad de atención que ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan mediante la metodología del Servqual.			Nivel: descriptivo.			
c) Proponer el plan de mejora continua en basado en la Norma ISO 9001:2015			No experimental - transversal	<b>Muestra 1:</b> La muestra está formada por 306 usuarios de la Unidad de Laboratorio clínico.  <b>Muestra 2:</b> La encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico.	Guía de entrevista y cuestionario.	



## Anexo 2: Entrevista

Objetivo: obtener información oportuna y confiable del jefe de la Unidad Clínica del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan, a fin de analizar el planteamiento de estrategias.

Nombre del entrevistador:	Nivia Irigoín Salazar
Nombre del entrevistado:	Cargo:
Duración de la entrevista:	15 a 20 minutos

Buenas tardes, soy estudiante de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, curso el décimo clico de la Carrera de Administración de Empresas y estoy desarrollando mi tesis titulada “Propuesta de un plan de mejora para alcanzar la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Luján en la Ciudad de Bagua” y por tal motivo para el desarrollo necesito información pertinente la cual usted me podría colaborar, es por ello que pido de su tiempo para que me colabore con sus respuestas:

1. ¿Cuánto tiempo tiene en el campo el Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan de Bagua?
2. ¿Qué profesión tiene? y ¿Cuánto tiempo tiene laborando en esta institución?
3. ¿Desde cuándo es el último periodo del plan estratégico actualizado del hospital?
4. ¿La Unidad de Laboratorio Clínico realiza evaluación de estrategias para el fortalecimiento de la identidad institucional?
5. ¿La Unidad de Laboratorio Clínico cuenta con objetivos y metas globales conocidas por todo el personal asistencial?
6. ¿Cuánto es el tiempo promedio que demoran en atender a un paciente en la Unidad de Laboratorio Clínico?
7. ¿Cuáles son las áreas críticas que presenta la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital? ¿por qué?
8. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital?
9. ¿Se puede reducir el tiempo de consulta para la atención en la Unidad de Laboratorio Clínico?
10. ¿Qué estrategias cree usted que deben de tener en cuenta para mejorar la calidad de atención?

Gracias por su tiempo

### Anexo 3: Encuesta para medir la percepción de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico Del Hospital Gustavo Lanatta Lujan



Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Objetivo: conocer la percepción que tienen los usuarios de la atención que brinda la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan, para ser tomados en cuenta en la propuesta de un plan de mejora continua.

Instrucciones: por favor, indique con una “x” el grado de satisfacción que usted tiene del servicio que le ofrece la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan, de acuerdo con las características estimadas a cada ítem:

1-Totalmente insatisfecho

2-Insatisfecho

3-Indiferente

4-Satisfecho

5-Totalmente satisfecho

Cabe recalcar que no existen respuestas incorrectas y la información obtenida solo será para fines académicos.

ELEMENTOS TANGIBLES					
Que tan satisfecho se encuentra usted con:					
1. Las condiciones de las instalaciones físicas que presenta la Unidad de Laboratorio Clínico.	1	2	3	4	5
2. La limpieza de los ambientes, equipamiento y mobiliario del Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de apoyo Gustavo Lanatta Lujan.	1	2	3	4	5
3. La adecuada presentación pulcra del personal asistencial Unidad de Laboratorio Clínico.	1	2	3	4	5
4. La disponibilidad de equipamiento y mobiliario que cuenta el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico para ofrecer un servicio de calidad.	1	2	3	4	5
5. La visualidad de los anuncios, afiches, periódico mural, hojas informativas que presenta la Unidad de Laboratorio Clínico.	1	2	3	4	5
CONFIABILIDAD					
Que tan satisfecho se encuentra usted con:					
6. El tiempo de espera que permanece en el establecimiento de salud para que sea atendido por la Unidad de Laboratorio Clínico.	1	2	3	4	5
7. El cumplimiento de la fecha y hora del día programado.	1	2	3	4	5
8. La confianza y tranquilidad que le delega el personal de la unidad de laboratorio clínico.	1	2	3	4	5
9. La información y orientación que los colaboradores le ofrece sobre los procesos que debe de llevar a cabo para un adecuado servicio.	1	2	3	4	5

EMPATÍA					
Que tan satisfecho se encuentra usted con:					
10. El servicio personalizado que le ofrece el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital.	1	2	3	4	5
11. La cortesía y buen trato que el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico le ofrece.	1	2	3	4	5
12. El interés que le muestra el recurso humano de la Unidad de Laboratorio Clínico para ofrecerle una buena atención comprometidos con su pronta recuperación.	1	2	3	4	5
13. La explicación de las causas y consecuencias que el doctor le brinda sobre los resultados de los análisis realizados.	1	2	3	4	5
SEGURIDAD					
Que tan satisfecho se encuentra usted con:					
14. Las explicaciones del tratamiento que el doctor le ofreció para tratar con efectividad su enfermedad.	1	2	3	4	5
15. La visualización de las capacitaciones al personal asistencial establecidas en el periódico mural del Hospital.	1	2	3	4	5
16. El cumplimiento de las medidas de salubridad por parte del personal asistencial al momento de la atención (vestimenta adecuada, uso de guantes y mascarillas, lavado de manos, esterilización de los instrumentos)	1	2	3	4	5
17. El tratamiento que le dio el doctor de la Unidad de Laboratorio Clínico.	1	2	3	4	5
18. La ubicación y visualidad de las señales de seguridad que la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital posee.	1	2	3	4	5
CAPACIDAD DE RESPUESTA					
Que tan satisfecho se encuentra usted con:					
19. Los trámites y procesos que le conllevan a realizar para ser atendido en la Unidad de Laboratorio Clínico.	1	2	3	4	5
20. Con las repuestas adecuadas que le brinda el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico a sus dudas, inquietudes o preguntas.	1	2	3	4	5
21. Con los horarios de atención que maneja la Unidad de Laboratorio Clínico (se ajustan a su disposición).	1	2	3	4	5
22. La atención adecuada en el menor tiempo posible que le brinda el personal asistencial de la Unidad de Laboratorio Clínico del hospital.	1	2	3	4	5

Gracias por su tiempo

## Anexo 4: Validación de Juicio de expertos

### Experto 1.

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS  
MODALIDAD: JUICIO DE EXPERTOS

#### I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“PLAN DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN EN LA CIUDAD DE BAGUA, 2018”

#### II. DATOS DEL EXPERTO:

1. Apellido y nombre : ONÉSIMO MEGO NUÑEZ
2. Grado Académico : LIC. EN ADMINISTRACIÓN - DR. EN ADMINISTRACIÓN
3. Institución de Labores : UNIVERSIDAD PEDRO RUIZ GALLO
4. EMAIL para referencias : onésimomego3@gmail.com

#### III. EVALUACIÓN:

N°	INDICADORES	Deficiente	Bajo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1	Las preguntas o ítems están relacionadas claramente.				X	
2	Las preguntas reflejan claramente el objetivo general detallado.				X	
3	Las preguntas siguen un orden lógico.				X	
4	Está expresado en conductas observables objetivas.				X	
5	Las preguntas o ítems miden a cada variable.				X	
6	Las preguntas o ítems cubren cada indicador.				X	
7	En general está basada en aspectos teóricos científicos.				X	
8	Las escalas planteadas en cada ítem o pregunta denotan conocimiento.					X
9	Es completamente adecuado para valorar todos los aspectos del tema.				X	
10	En general considera que es útil el instrumento y adecuado para la investigación.				X	
TOTAL					36	5

Observaciones o comentarios:

.....  
.....  
.....

#### IV. DATOS DEL ESTUDIANTE:

1. Apellido y nombre del estudiante : Nivia Irigoín Salazar
2. Lugar y fecha : BAGUA , 27/10/18

Firma del experto:

DNI:

4011530

## Experto 2.

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
 ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS  
 MODALIDAD: JUICIO DE EXPERTOS

### I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“PLAN DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN EN LA CIUDAD DE BAGUA, 2018”

### II. DATOS DEL EXPERTO:

1. Apellido y nombre : Benavides Campos Grimaldo
2. Grado Académico : Magister en Investigación y docencia
3. Institución de Labores : Universidad Pedro Ruiz Gallo
4. EMAIL para referencias : grimaldo\_benavides@hotmail.com

### III. EVALUACIÓN:

N°	INDICADORES	Deficiente	Bajo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1	Las preguntas o ítems están relacionadas claramente.				X	
2	Las preguntas reflejan claramente el objetivo general detallado.				X	
3	Las preguntas siguen un orden lógico.					X
4	Está expresado en conductas observables objetivas.				X	
5	Las preguntas o ítems miden a cada variable.					X
6	Las preguntas o ítems cubren cada indicador.				X	
7	En general está basada en aspectos teóricos científicos.				X	
8	Las escalas planteadas en cada ítem o pregunta denotan conocimiento.				X	
9	Es completamente adecuado para valorar todos los aspectos del tema.				X	
10	En general considera que es útil el instrumento y adecuado para la investigación.				X	
TOTAL					32	10

Observaciones o comentarios:

- Las observaciones fueron levantadas

### IV. DATOS DEL ESTUDIANTE:

1. Apellido y nombre del estudiante : Nivia Irigoín Salazar
2. Lugar y fecha : Bagua, 22/10/18

Firma del experto:

DNI: 16524905

### Experto 3.

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
 ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS  
 MODALIDAD: JUICIO DE EXPERTOS

**I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:**

“PLAN DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJÁN EN LA CIUDAD DE BAGUA, 2018”

**II. DATOS DEL EXPERTO:**

1. Apellido y nombre : Poriacuri Cabrera Verónica Shirley
2. Grado Académico : Economista
3. Institución de Labores : Dirección Regional de Salud Amazonas
4. EMAIL para referencias : vporiacuri@dirsa.amazonas.gob.pe

**III. EVALUACIÓN:**

Nº	INDICADORES	Deficiente	Bajo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1	Las preguntas o ítems están relacionadas claramente.					X
2	Las preguntas reflejan claramente el objetivo general detallado.					X
3	Las preguntas siguen un orden lógico.				X	
4	Está expresado en conductas observables objetivas.					X
5	Las preguntas o ítems miden a cada variable.				X	
6	Las preguntas o ítems cubren cada indicador.				X	
7	En general está basada en aspectos teóricos científicos.				X	
8	Las escalas planteadas en cada ítem o pregunta denotan conocimiento.				X	
9	Es completamente adecuado para valorar todos los aspectos del tema.					X
10	En general considera que es útil el instrumento y adecuado para la investigación.				X	
TOTAL					24	20

Observaciones o comentarios:

.....  
 .....  
 .....

**IV. DATOS DEL ESTUDIANTE:**

1. Apellido y nombre del estudiante : Nivia Irigoín Salazar
2. Lugar y fecha : Bagua, 23/10/18.

Firma del experto:

DNI: 41226187

**Anexo 5: Constancia de la ejecución de la investigación por la encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico.**



“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

**CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

La encargada de la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján, perteneciente a la Micro RED de Bagua, Amazonas, que al final suscribe:

**HACE CONSTAR:**

Que la señorita Nivia Irigoín Salazar tuvo el permiso para aplicar los instrumentos de su investigación titulada “Plan de mejora para alcanzar la calidad de atención en la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján en la ciudad de Bagua, 2018”, así mismo los instrumentos fueron aplicados con orden y respeto hacia los usuarios.

Se expide la presente a solicitud de la parte interesada para los fines por que se estime por conveniente.

Bagua, 20 de enero del 2019.

**Suarez Chavarri Silvia Isabel**

**Bióloga**

**DNI:19246078**



## Anexo 6: Estudio de campo



*Fotografía 1:* Frontis del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján – Bagua.  
Fuente: toma fotográfica propia.



*Fotografía 2:* Usuario de la Unidad de Laboratorio Clínico respondiendo la encuesta.  
Fuente: toma fotográfica propia.



*Fotografía 2:* Usuario de la Unidad de Laboratorio Clínico esperando atención con tres niños.

Fuente: toma fotográfica propia.



*Fotografía 2:* Usuario de la Unidad de Laboratorio Clínico colaborando con la investigación.

Fuente: toma fotográfica propia.