

Impacto de la gestión del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 a 2018. "Nosotros atendemos mejor"

Tito Urquiaga Melquiades ^{1*}, Jhony Tacilla Castrejón ², Segundo Bueno Ordoñez ³, Roxana Rubio Sánchez⁴

Resumen

Objetivo: analizar el impacto de la gestión del Hospital Regional Docente de Cajamarca entre los años 2015 a 2018. Materiales y métodos: estudio descriptivo que analiza evolución de algunos indicadores de producción, rendimiento, desempeño, de calidad, satisfacción del usuario y resultados obtenidos en el cumplimiento del Convenio de Gestión. Resultados: hubo incrementos significativos en: productividad hora/médico, número de atenciones, porcentaje de ocupación, rendimiento de cama, número de intervenciones quirúrgicas, así mismo las tasas de mortalidad, infecciones intrahospitalarias y grado de resolutivez se mantuvieron bajo el estándar nacional; según evaluaciones externas mejoró el porcentaje de satisfacción del usuario. Conclusiones: Aplicando un modo de gestión clínica, atención integral, criterios de presupuesto por resultados financiando demanda, es evidente que analizando los indicadores del estudio existió un impacto positivo.

Palabras Clave

Gestión clínica — atención integral — motivación — trabajo en equipo

¹ Docente Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú

² Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú

³ Docente Principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú

⁴ Médico Cirujano actual Directora del Hospital " José Soto Cadenillas de Chota", Cajamarca, Perú

*Correspondencia: durquiaga@unc.edu.pe

Abstract

Objective: to analyze the impact of the management of the Cajamarca Regional Teaching Hospital between the years 2015 to 2018. Materials and methods: descriptive study that analyzes evolution of some indicators of production, performance, performance, quality, user satisfaction and results obtained in compliance with the Management Agreement. Results: there were significant increases in: productivity hour / doctor, number of visits, percentage of occupancy, bed performance, number of surgical interventions, likewise the mortality rates, intrahospital infections and degree of resolution remained under the national standard; according to external evaluations, the percentage of user satisfaction improved. Conclusions: Applying a clinical management mode, comprehensive care, budget criteria for results financing demand, it is evident that analyzing the study indicators there was a positive impact.

Keywords

Clinical management — comprehensive care — motivation — teamwork

Introducción

Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe enfrentan desafíos comunes: diversos niveles de fragmentación y segmentación; incrementos insostenibles de costos con ineficiencia, baja cobertura, acceso inequitativo, inseguridad para pacientes, pobre capacidad de gestión, usuarios perciben pobre calidad de los servicios y a veces no pertinentes a sus necesidades y costumbres.[1]

Los hospitales, sean públicos o no, actúan en escenarios complejos con elevada incertidumbre, lo cual es producto de las crisis económicas, cambios demográficos y epidemiológicos, acelerado cambio tecnológico, incremento de las demandas sociales; y otros. En este contexto, la gerencia

de los hospitales, y en particular los hospitales públicos, necesitan anticiparse estratégicamente a una realidad futura donde la complejidad, la incertidumbre, el conflicto y la necesidad de ser eficaces y eficientes son retos permanentes [1] [2]. Los hospitales tienden a concentrarse en zonas urbanas, otorgando excesiva importancia a la atención curativa, altamente especializada y al uso de tecnologías costosas, contribuyendo a incrementar la brecha entre demanda y oferta de servicios. Así mismo, los hospitales tienden a funcionar aisladamente sin involucrarse en un sistema de redes de establecimientos de salud basados en atención primaria (APS)[1] [3].

En los hospitales, los recursos humanos (RRHH), profesio-

nales de la salud, son elementos estratégicos con capacidad de actuar en forma compleja, adaptando sus metas a las del contexto donde actúan y así su trabajo se convierte en un espacio de desarrollo personal, donde además de esperar una justa remuneración lo más importante es aportar y ser reconocidos; por ello, lejos de ser objetos de intervención, son sujetos protagónicos de las actividades hospitalarias.[1] [4] [5] Así, los profesionales de la salud no son recursos, sino que tienen recursos (conocimientos, capacidad, experiencia). Gestionar RRHH es administrar talentos, competencias.[1] [2] [3] [4] [5].

Nuestra visión fue convertir al Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) en un establecimiento de elevada capacidad resolutoria (III-1), de referencia macro regional, implementando una gestión clínica donde, en un contexto de descentralización administrativas, los trabajadores del HRDC muestran competencias técnicas no solo para brindar una excelente atención integral de salud, sino también con un paquete suficiente de herramientas administrativas. El resultado será que ofrecemos a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la mejor evidencia científica disponible que haya demostrado éxitos para cambiar favorablemente el curso de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia) [1] - [3]. Además, que se brinde una atención integral, con promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación basada en la familia y comunidad, con trato humano, potenciando la docencia e investigación, bajo los criterios de presupuesto por resultados, financiando demanda; amarrado a las políticas e intervenciones de salud nacionales y regionales y con un enfoque de atención primaria de salud altamente resolutorio [1] - [3]. En ese contexto fue fundamental captar profesionales de la salud, retenerlos con los mejores incentivos, con flexibilidad laboral, mantener un clima organizacional satisfactorio y diseñar y aplicar procesos de atención consensuados, maleables, flexibles, orientados a satisfacer a los usuarios ([1] [4] [5]).

Trabajamos con el lema de: “NOSOTROS LES ATENDEMOS MEJOR”, como mensaje para los trabajadores del HRDC de que nuestra labor no solo está orientado a la buena calidad técnica, sino especialmente al buen trato, al trato humano al usuario; en síntesis: tratar bien las enfermedades, pero mucho mejor a las personas [1]. “la enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, por lo que necesita de un sistema sanitario lo más humano posible”[6].

El presente artículo tiene como objetivo determinar el impacto de la gestión 2015 a 2018 analizando algunos indicadores de productividad, de calidad de atención, satisfacción del paciente, así como avances en la infraestructura y equipamiento.

Material y Método

Análisis descriptivo de algunos indicadores obtenidos producto de la gestión del HRDC categorizado como II-2, entre el 6 de abril 2015 al 08 de enero del 2019, como: de producción y rendimiento; Indicadores de desempeño, de calidad,

satisfacción del usuario y resultados obtenidos en el cumplimiento del Convenio de Gestión: indicadores de desempeño (ID), metas institucionales (MI) y compromisos de mejora (CM). Como fuentes de información se tuvo a los informes de la Oficina de Estadística e Informática del HRDC, informes anuales de la gestión emitidos por la Dirección General del HRDC, Informe de Gestión 2015 a 2018 elaborado para realizar la entrega de la gestión. Se elaboró una base de datos en el programa Excel 2010 y se procesó la información en tablas y gráficos. Los autores del estudio fuimos integrantes del Equipo de gestión.

Resultados

Productividad hora médico, atenciones en consulta externa 2014 a 2018. Mide los productos alcanzados (consulta médica) por unidad de recurso disponible (hora-médico) en un tiempo dado. También evalúa la subutilización o la sobreutilización del recurso hora-médico en la consulta externa. Ver Tabla 1

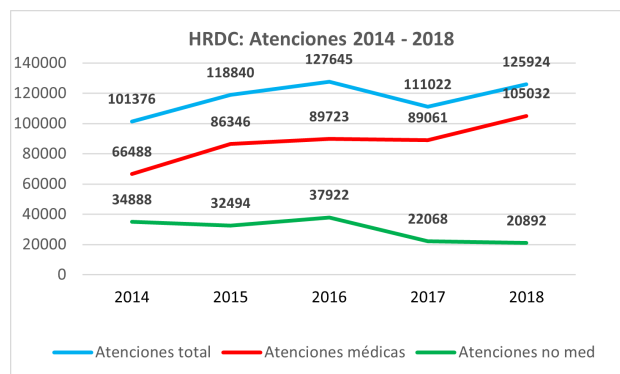


Figura 1. HRDC atenciones totales, atenciones médicas, atenciones no médicas 2014-2018

Durante los 04 años las atenciones totales se incrementaron en alrededor de 25 mil atenciones, siendo más significativo el crecimiento de las atenciones médicas especialmente las relacionadas con el Seguro Integral de Salud.

Porcentaje de satisfacción del usuario: Durante los años 2014 y 2015 se cuenta con los resultados de la encuesta SERVQUAL realizada por la oficina de Calidad del HRDC. El año 2016 son resultados de estudios externos: Tesis de un alumno de la Universidad privada del Norte que encuentra 45.8 % de satisfacción en consultorio externo [7] y otro del INEI [8], mediante la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 a 540 usuarios de 07 establecimientos de salud de Cajamarca entre ellos el HRDC el resultado para Cajamarca fue 82.26 % de satisfacción y 71.17 % promedio nacional. El año 2017 dos estudios de tesis [9],[10] de alumnos de universidades locales encuentran 33.40 % de satisfacción en emergencia y 38.5 % en consulta externa, ver Tabla 3. Hernández-Vásquez sobre la base de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) encuentra que para Cajamarca el 89 % de encuestados (mayor al promedio nacional de 74.3 %), calificaron como “buena o muy buena” a la atención recibida en establecimientos de salud precedida solo

Tabla 1. Indicadores de Gestión Hospitalaria 2014 - 2018

Indicador	Estandar Nacional	2014	2015	2016	2017	2018
Productividad hora/médico	4 - 5	2,79	3,61	4,12	4,18	4,16
Promedio atenciones paciente/año	3	3,28	3,5	3,55	3,73	3,64
Atenciones anuales		101376	118840	127645	110022	125924
Atenciones médicas anuales		66488	86346	89723	89061	105032
Atenciones no médicas anuales		34888	32494	37922	22068	20892
Ocupación de cama (%)	> 80	79,6	82,35	80,08	87,69	91,32
Rendimiento cama	6 - 9	5,98	6,11	6,22	6,58	7,20
Promedio de permanencia (días)	3 - 5	6,05	4,5	4,63	4,75	4,31
SOP: IQ/Turno 6 horas/mes	80 - 90	78,08	88,03	89,87	97,03	98,44
IQ realizadas		4685	5282	5392	5822	5997
Cirugías de emergencia	%	70,26	67,79	68,45	70,25	63,88
Cirugías electivas	%	29,73	32,2	31,54	29,74	36,11
Cirugías electivas suspendidas	≤ 5	16,9	11,6	9,8	6,4	8,06
Grado de Resolutividad	≤ 5	1,82	1,39	1,69	1,57	1,66
Ejecución presupuestal	%	—	97,43	97,80	99,07	98,08

Fuente: Informes de gestión de cada año, Informe de gestión 2015 – 2018, Planes Operativos (POI) de cada año incluyendo del 2019, portal WEB del HRDC a abril del 2019 como: INDICADORES

Tabla 2. Indicadores de calidad HRDC años 2014 - 2018

Indicador	Estandar Nacional	2014	2015	2016	2017	2018
Tasa IIH	< 3 %	1,68	1,51	1,18	1,04	1,13
Tasa Neta de Mortalidad	≤ 3 %	2,68	2,18	2,51	1,87	2,64
Razón de mortalidad materna		252,6	293,3	86,83	242,32	57,6*
Tasa de Cesárea.	25	—	35,30	34,30	38,83	37
Tasa de Mortalidad Perinatal		—	39,59	39,77	35,55	41,60
Cirugías electivas suspendidas	5	16,9	11,6	9,8	6,4	8,06

*A octubre 2018 había cero muertes maternas. Elaborada con datos del ASIS 2018 del HRDC

Fuente: Informes de gestión de cada año, Informe de gestión 2015 – 2018, Planes Operativos (POI) de cada año incluyendo del 2019, portal WEB del HRDC a abril del 2019 como: INDICADORES

por Amazonas con 89.3[11]

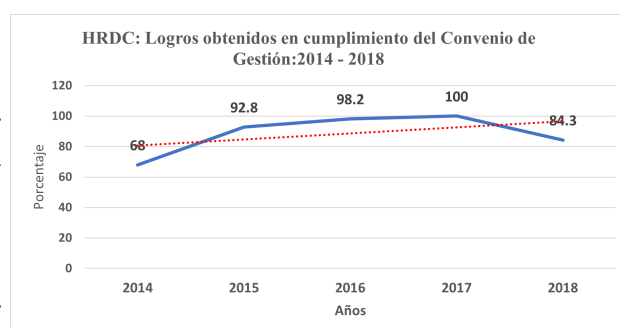
Tabla 3. HRDC: Satisfacción al usuario (%), 2014 - 2018

Indicador	2014	2015	2016	2017	2018
Emergencia	31,03	43,09	—	33,40	—
Consulta Ext.	22,43	29,46	45,8	38,5	—
Hospitalización	31,55	46,7	—	—	—
Promedio	28,33	40,02	82,26	—	89

Fuente: Informes de gestión de cada año, Informe de gestión 2015 – 2018, Planes Operativos (POI) de cada año incluyendo del 2019, portal WEB del HRDC a abril del 2019 como: INDICADORES

Discusión

La diferencia entre un hospital y otro no está tanto en su equipamiento, sino fundamentalmente en la suma de competencias que poseen sus profesionales para utilizar correctamente los recursos maximizando sus resultados, en términos de efectividad social; con un enfoque estratégico de largo plazo priorizar no tanto sus procesos productivos, sino más

**Figura 2.** HRDC: Logros obtenidos en cumplimiento del Convenio de Gestión, 2014 - 2018

bien, incentivar y potenciar en todo su personal, la capacidad innovadora, creatividad y el compromiso conceptual y emocional con estilos nuevos de interacción con los usuarios, la comunidad y la red asistencial [1] - [4] [12],[8]. Un hospital que garantice utilidad pública promoviendo salud debe ser gestionado con criterios de eficacia, eficiencia, calidad y equidad. La buena práctica clínica es la que combina la medicina basada en la evidencia con la medicina coste-efectiva [1],[4].

El Perú y Cajamarca vienen experimentando grandes y diversos cambios que modifican el estilo y condiciones de vida de un gran porcentaje de la población [13]. El censo 2017 evidencia menor número de nacimientos, mayor población en edad activa e incremento de adultos mayores en especial los de 80 años a más; a lo cual se suma, en Cajamarca, el incremento de la población urbana (a 35.4%) y disminución de la rural (a 64.6%) [12]. Todo lo anterior conlleva a un cambio en el perfil epidemiológico. Además de las enfermedades infectocontagiosas con tendencia a disminuir y algunas en reemergencia, se vienen incrementando las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), cuya incidencia, morbilidad y mortalidad se incrementan, no solo con el envejecimiento poblacional, sino también en edades muy activas de la vida; las principales ECNT son: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, responsables de más del 80% de muertes prematuras ([13] [12], todas ellas se vienen incrementando en Cajamarca y no estamos preparados ni para prevenirlas con promoción y prevención o diagnóstico precoz, peor para afrontar las complicaciones [13].

Cuando de provincias se necesita referir a un paciente con complicaciones de una ECNT, ningún hospital de Lima u otras ciudades lo acepta debido a que no tienen camas disponibles y es muy penoso ver como avanza la complicación y a veces muere el paciente sin recibir un tratamiento que puede prolongar su vida. Por ello se justifica que Cajamarca cuente al menos con un establecimiento de salud de nivel III-1. Durante los cerca de 04 años de gestión se buscó convertir al HRDC en un establecimiento de elevada capacidad resolutoria (III-1), diseñando e implementando los procesos correspondientes, captando profesionales, retenerlos con incentivos, capacitación continua y realizando un trabajo hospitalario consensuado, flexible, orientados a satisfacer la demanda de los usuarios ([1] [2] [14] [15] [16] [7].

No se obtuvo la categoría de hospital III-1, más si se logró avanzar con la Resolución Regional Sectorial N°. 1357-2016-CR.CAJ/DRS-DESP del 16 de diciembre del año 2016 donde por primera vez aprueban incluir en la cartera de servicios del HRDC, especialidades médicas de nivel III como Neurocirugía, Cirugía cardiovascular, Cardiología intervencionista, Cirugía plástica, Cirugía pediátrica, Nefrología, Endocrinología, Dermatología, Hematología clínica y otros, lo cual se acompañó de un rediseño de procesos especialmente en la oficina del SIS del hospital a fin de recuperar pagos que el SIS adeudaba al HRDC (recuperamos alrededor de 700,000 mil soles), mantener un stock de medicamentos e insumos adecuados y contar con los profesionales idóneos. El Departamento de Oncología y Unidad de Hemodiálisis, Proyecto que se inicia años 2013 y 2014, que luego se afianza con el convenio entre el HRDC y el INEN por lo cual se recibe apoyo técnico y finalmente luego de un largo trabajo de sustentación y convencer a técnicos del MINSA, el año 2018 el proyecto estaba solamente para que se realice el expediente técnico y luego se saque a licitación. Considerando la gran demanda de quimioterapia, y siendo que la finalización del Departamento de Oncología demoraría cerca de tres años, se gestionó, con apoyo del MINSA, y se adquirió la máquina de flujo laminar, se

elaboraron los planos para el ambiente donde se debería instalar, se construyó el ambiente para quimioterapia ambulatoria y en el primer trimestre del 2019 debería iniciar su funcionamiento. En agosto del año 2017 la Ministra de Salud Patricia García Fúnegra entrega la Resolución Ministerial N° 638-2017/ MINSA que dispone iniciar el proceso para la recategorización del Hospital Regional Docente de Cajamarca a III – 1. En ese contexto, el Departamento de Oncología y Hematología (que funcionalmente inició sus actividades el año 2016), más la Unidad de Hemodiálisis eran elementos fundamentales, junto al resto de proyectos del Plan Maestro. Con criterios de gestión clínica, descentralización administrativa, adaptabilidad, maleabilidad, flexibilidad, con permanente diálogo, negociación y persuasión [1] [14] [15] [16] se consiguió motivar a los trabajadores para ingresar a un proceso que nos lleve al trabajo en equipo, con un clima laboral positivo, se terminó la gestión con dos mesas de diálogo con los sindicatos de trabajadores y los resultados de eficiencia clínica se evidencian en los indicadores que presentamos - y el resto que obran en el “Informe de Gestión 2015 – 2018”- [17] especialmente en las calificaciones obtenidas en las evaluaciones del cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora, con lo cual se logró que durante dos años consecutivos (2016 y 2017) los trabajadores asistenciales del DL 276 reciban el 100% de un sueldo como incentivo económico, además de numerosos incentivos no económicos que se les entregó a cada trabajador.

Incentivar el talento humano fue tarea prioritaria, considerando que para ello es necesario contar con los trabajadores adecuados, con las competencias adecuadas, en el lugar adecuado, haciendo las cosas adecuadas ([1] [2] [15] [16]. Los profesionales de salud del HRDC son trabajadores del conocimiento, no son súbditos del equipo directivo, sino socios activos de la gestión, técnicos consejeros de gran valor; las medidas controlistas quedan fuera de lugar [1] [2] [18] [16]. Se implementó políticas de atracción, retención y estímulos a los profesionales de la salud buscando generar fidelidad a la institución y a la población. El bono por cumplimiento de los convenios de gestión que todos los años recibieron es un ejemplo.

Como estímulos no económicos fueron las conmemoraciones de días especiales como el día de la mujer, días de la madre y el padre, días del médico, enfermera, Obstetra, y otros (ceremonia protocolar en el auditorium central para confraternizar, relajación y esparcimiento). Las olimpiadas deportivas internas. Se emitió resoluciones directorales individuales o en grupo reconociendo logros evidentes; se realizaron talleres de motivación y solución de conflictos; se trató de mantener una gestión con transparencia y rendición de cuentas; todo lo cual contribuyó a mantener un clima organizacional positivo, motivación y empatía de los trabajadores que finalmente dio resultados exitosos que presentamos en nuestros resultados como incremento en: la productividad hora médico (Médicos que al inicio del 2015 atendían menos de 3 pacientes/hora al año 2018 atendían más de 4) intervenciones quirúrgicas, porcentaje de ocupación de cama, disminución de cirugías electivas suspendidas etc.

Se rompió paradigmas como incentivar no al que llega temprano sino al que produce más con menos tiempos de espera y mayor satisfacción del usuario; “costumbres” de: yo solo soy Cirujano, Anestesiólogo o Enfermera para emergencias, si hay operaciones electivas se suspenden”, romper esto y programar cirugías electivas todo el día y todos los días, fue complicado, pero ello nos permitió incrementar el rendimiento de sala de operaciones; elemento importante en esto fue los pagos por horas complementarias con productividad evidenciable.

La mortalidad materna, tema muy complejo en cuya solución se avanzó enormemente gracias a procesos internos como código rojo y su timbre de alarma, el Banco de sangre que es uno de los mejores del Perú, cumplir protocolos, capacitación gracias a convenio con el Instituto Materno Perinatal (INMP) de Lima, entre otros; a octubre del año 2018 había cero muertes maternas y alrededor de 100 MM evitadas. No se avanzó en disminuir la mortalidad perinatal cuya principal causa es la prematuridad, para lo cual el HRDC tiene muy buenos Neonatólogos, la UCI neonatal con 10 camas equipadas, pero falta la Unidad de Nutrición Parenteral. Ver Tabla 2

Luego de arduo trabajo y gasto significativo se dejó en gran avance dos proyectos importantes: Implementar 14 camas adicionales para pacientes complejos en el cuarto piso y la construcción de la UCI especializada, UCI pediátrica y Unidad de nutrición parenteral sobre los ambientes de consultorios externos. Estos dos proyectos quedaron como IOAR aprobados en la Gerencia de Desarrollo Social y Pro Región. El Hospital Regional Docente de Cajamarca y los Rankings de HOSPIRANK. Es un ranking de hospitales y clínicas de Latinoamérica, dentro de ellos el Perú, desarrollado por Global Health Intelligence (GHI) usando HospiScope y su masiva base de datos. GHI es una institución dedicada a inteligencia de mercado sobre salud en América Latina y otros que puede ser utilizado para desarrollar intervenciones, investigaciones o innovaciones según la realidad de cada hospital. HospiRank valora los hospitales latinoamericanos mejor equipados de acuerdo a siete categorías distintas, entre ellas: Mejor equipados para recibir pacientes; mejor infraestructura para un alto volumen de procedimientos; cantidades más altas de equipos quirúrgicos; mayor concentración en la salud cardiovascular; mejor base instalada para tratar el cáncer; mayor cantidad de equipos para el diagnóstico por imagen; mejores para acomodar a recién nacidos. El Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los años 2018 y 2019 destaca en 04 de los 07 parámetros antes mencionados que son:[19] [20]

1. Hospitales en Perú con las cantidades más altas de equipos quirúrgicos. Puesto séptimo el año 2018 y sexto el 2019. 2. Hospitales en Perú con la mayor concentración de equipos para la salud cardiovascular. Segundo lugar el 2018 y cuarto el 2019. 3. Hospitales en Perú con la mayor cantidad de equipos para el diagnóstico por imagen. Segundo puesto años 2018 y 2019. 4. Hospitales en Perú mejor equipados para acomodar a recién nacidos. Segundo lugar el 2018 y tercero el 2019, El diario PERÚ 21 en su edición del 8/10/19, en su titular “Estos son los hospitales mejor equipados del Perú en 2019, según HospiRank”, manifiesta:

“Aunque la cantidad de equipos médicos no garantiza la calidad de atención médica que se ofrece en un hospital, al menos otorga una idea a los pacientes de los recursos disponibles en los nosocomios de un país.” El equipamiento del HRDC no es un tema fortuito. Es un proceso complejo y costoso que se inicia por el año 2012 con la llegada del tomógrafo, luego la máquina de circulación extracorpórea, el cineangiógrafo, la máquina para hemodiálisis, la máquina de plasma para esterilizar instrumental quirúrgico, los equipos de videoendoscopia para CPRES, mucosectomías y otros, los ventiladores de adultos y neonatales, las máquinas de anestesia, ecógrafos, la centrífuga y todos los equipos de Banco de Sangre, etc. Se calcula que el HRDC tiene un aproximado de 700 equipos biomédicos. El gran problema es el mantenimiento preventivo y la reposición de equipos ya en desuso. Generalmente nunca se destina presupuesto para mantenimiento preventivo de equipos, no obstante que todos los años llaman a reunirse por cerca de una semana para elaborar el “Plan de mantenimiento preventivo” que luego de elaborado y aprobado queda en el olvido y no es financiado. El presupuesto para reposición de equipos es sumamente exiguo (no obstante tener elaborado y aprobado un “Plan” para ello); sin embargo, en nuestra gestión se utilizó según normas y se adquirieron numerosos nuevos equipos.

Conclusiones

1. Se realizó un trabajo en equipo con perspectiva estratégica, buscando gestionar y estimular el talento de los profesionales, con un modelo de gestión clínica, atención integral, enmarcado dentro de las políticas de la Dirección Regional de Salud, el Gobierno Regional y el MINSA. 2. Se trató de trabajar bajo la perspectiva de presupuesto por resultados, priorizando la demanda. 3. Con la RDS N° 1357-2016-CR.CAJ/DRS-DESP del 16 de diciembre del año 2016 se avanzó a la categoría de hospital III-1. 4. Los resultados positivos, cuantitativos y cualitativos, de la mayoría de los indicadores muestran la magnitud del trabajo en equipo de todos los trabajadores. 5. Digno de resaltar la obtención del bono por cumplimiento de los convenios de gestión en todos los años de la gestión, especialmente 2016 y 2017. 6. Se resalta la inclusión del HRDC en el ranking de hospitales y clínicas de Latinoamérica, dentro de ellos el Perú, desarrollado por Global Health Intelligence (GHI) usando HospiScope y base de datos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés, en relación al presente artículo

Referencias

- [1] Artaza Barrios O, Méndez CA, Holder Morrison R, Suárez Jiménez JM. Redes Integradas de Servicios de Salud: el desafío de los hospitales.. OPS/OMS; 2011. Available from: https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes_Integrales_de_servicios.pdf.

- [2] Perea Vásquez LE, Rojas Torres IL. Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019;18(36). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/25711>.
- [3] Cárdenas Ojeda E. La gestión clínica: ¿qué es y para qué sirve?. *ESAN*; 2017. Available from: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2017/05/la-gestion-clinica-que-es-y-para-que-sirve/>.
- [4] Bustos V, Villarroel G, Ariza F, Guillou M, Palacios I, Cortez L, et al. Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2015;76:49-55. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100006&nrm=iso.
- [5] Cañizares Fuentes R, García Gutiérrez JF. Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos. *Evidencias para la toma de decisiones. OPS/OMS/ORAS*; 2015. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33827>.
- [6] MINSAC. Planificación y gestión de recursos humanos en salud en los países andinos. *Evidencias para la toma de decisiones. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*; 1984. Available from: https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf.
- [7] Estacio Ocas M, Paredes Cueva L. Nivel de satisfacción del usuario del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Cajamarca. *UPN*; 2016. Available from: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/10536>.
- [8] INEI. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud. Informe final encuesta ENSUSALUD; 2016. Available from: <https://es.scribd.com/document/485995955/INFORME-FINAL-ENSUSALUD-2016-pdf>.
- [9] Julcamoro Alcántara MA, Terán Novoa AM. Nivel de satisfacción del usuario externo. *Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Cajamarca: UPAGU*; 2017. Available from: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/436>.
- [10] Guevara Ruiz L. Nivel de satisfacción de los usuarios externos sobre la calidad de atención en los consultorios externos del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2017. *Cajamarca: UNC*; 2017. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2638>.
- [11] Hernández Vásquez A, Rojas Roque C, Prado Galbarro F, Bendezu Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019;36(4):620-8. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/4515>.
- [12] INEI. Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional, Censo 2017. 2018. Available from: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones-digitales/Est/Lib1539/libro.pdf>.
- [13] Serra Valdés M, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*. 2018;8(2). Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561>.
- [14] OPS. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. *OPS*; 2001. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3154>.
- [15] OPS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel; 2019. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- [16] Sagastuy Artaloitia B. 2. In: Retos de los hospitales en el marco de la salud universal y el desarrollo sostenible. *Mexico: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM)*; 2018. Available from: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/ANM-ADM-HOSP-BAJA.pdf>.
- [17] GORE/DIRESA/HRDC. Informe de Gestión 2015 a 2018. *DIRESA Cajamarca*; 2018.
- [18] Darceles Tife M. Trabajador del conocimiento y el salto a la innovación. *Escuela de Administración Negocios*. 2007;(61):31-8. Available from: <https://journal.universidadean.edu.co/index.php/Revista/article/view/414/408>.
- [19] HOSPIRANK. Los hospitales mejor equipados en Perú 2018. *Global Health Intelligence*; 2018. Available from: <https://globalhealthintelligence.com/es/los-mejores-hospitales-de-latinoamerica-2018/hospitales-mejor-equipados-en-peru-2018/>.
- [20] HOSPIRANK. Los hospitales mejor equipados en Perú 2019. *Global Health Intelligence*; 2019. Available from: <https://globalhealthintelligence.com/es/los-mejores-hospitales-de-latinoamerica-2019/hospitales-mejor-equipados-en-peru-2019/>.