



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**El tiempo de espera y su relación en la
satisfacción de los usuarios del puesto de
Salud Villa del Sol - Chosica - 2015**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Johnny BROWN FRETTELL

ASESOR:

Dra. Figueroa Hurtado Silvana

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Ciencias De La Salud

PERÚ – 2018

Jurado de tesis

Mg. Herrera Paico Nancy Isabel
Presidente

Mg. Manzaneda Gutierrez Juan Wilber
Secretario

Mg.Fany Silvana Figueroa Hurtado.
Vocal

Dedicatoria

A mi amada esposa Vilma y a mis hijos Andrea, Cristian y Henry y a mi madre Florencia, por su constante apoyo y animó brindados en todo este tiempo de preparación; así también a mi maestra Silvana por su influencia y motivación, por permitirme llegar a esta etapa importante de mi vida.

Agradecimientos

Agradezco mi Padre Celestial por darme la vida y la capacidad para lograr mis metas y mantenerme dentro de sus principios y su misericordia en mi vida. Gracias a mi amigos de clases que siempre estuvieron de una u otra forma apoyándome en esta jornada especial.

A la Universidad Cesar Vallejo por brindarme la oportunidad de ser parte de su educación y proveer lo necesario para que así sea.

Gracias a todos ellos.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Johnny Giuseppe Brown Fretell, estudiante del Programa de Maestría, de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 10168699, con la tesis titulada: “El tiempo de espera y su relación en la satisfacción de los usuarios del Puesto de Salud Villa del Sol - Chosica – 2015”.

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la presencia de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que mi acción deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 16 de mayo del 2016

.....
Johnny Giuseppe Brown Fretell
DNI. N° 10168699

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento a la normatividad para la elaboración de tesis, se presenta a ustedes el trabajo de investigación titulado: “El tiempo de espera y su relación en la satisfacción de los usuarios del Puesto de Salud Villa del sol - Chosica – 2015”.

La investigación consta de siete capítulos que se desarrollan de la siguiente manera:

- Capítulo I: Encontramos la introducción donde corresponde los antecedentes, marco teórico, justificación, planteamiento del problema, hipótesis y objetivos.
- Capítulo II: El marco metodológico donde corresponde la identificación de las variables, operacionalización de variables, metodología, tipos de estudio, diseño, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, métodos de análisis de datos.
- Capítulo III: Resultados, donde se presenta la validación del instrumento de recolección de datos.
- Capítulo IV: La discusión. Y en punto aparte se presenta las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los apéndices.

Esta investigación se presenta con el propósito de establecer la relación entre las dos variables Tiempo de espera y la Satisfacción del usuario, espero señores Miembros del Jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

El autor

Tabla de contenidos

Páginas preliminares

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Tabla de contenidos	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii

Capítulo I. Introducción

Antecedentes	15
Fundamentación técnica, científica o humanístico	24
Justificación	62
Problema	65
Objetivos	66
Hipótesis	67

Capítulo II. Marco metodológico

Operacionalización	69
Variables	70
Metodología	70
Tipo de estudio	70

Diseño	71
Población, muestra y muestreo	72
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
Capítulo III. Resultados	76
Capítulo IV. Discusión	92
Conclusiones	94
Recomendaciones	95
Referencias	97
Apéndices	100
Matriz de consistencia de la investigación.	101
Encuesta de tiempo de espera de usuarios para consulta externa	103
Encuesta de satisfacción de los usuarios de consulta externa	104

Índice de tablas

Tabla 01. Derechos del usuario y Necesidades de servicios	52
Tabla 02. Operacionalización de Variables	69
Tabla 03. Satisfacción del usuario	76
Tabla 04. Fiabilidad	78
Tabla 05. Capacidad de respuesta	79
Tabla 06. Seguridad	81
Tabla 07. Empatía	82
Tabla 08. Aspectos Tangibles	84

Índice de figuras

Figura 01. Diagrama de barras de satisfacción del usuario	77
Figura 02. Diagrama Porcentual sobre satisfacción del usuario	77
Figura 03. Diagrama de barras de la dimensión de fiabilidad	78
Figura 04. Diagrama Porcentual de la dimensión de fiabilidad	79
Figura 05. Diagrama de barras de la dimensión capacidad de respuesta	80
Figura 06. Diagrama Porcentual de la dimensión capacidad de respuesta	80
Figura 07. Diagrama de barras de la dimensión de seguridad.	81
Figura 08. Diagrama Porcentual de la dimensión de seguridad	82
Figura 09. Diagrama de barras de la dimensión de empatía	83
Figura 10. Diagrama Porcentual de la dimensión de empatía	83
Figura 11. Diagrama de barras de la dimensión aspectos tangibles	84
Figura 12. Diagrama Porcentual de la dimensión aspectos tangibles	85

Resumen

Para lograr impulsar las estrategias de fortalecimiento de los servicios de salud, y ampliar la cobertura del aseguramiento gratuito de la salud dándole fuerza al proceso de descentralización se solicitó cambiar el modelo de atención a nivel nacional e internacional, sobre los determinantes de la salud.” Este modelo guía los términos bajo los cuales organizan y desarrollan sus actividades los servicios, la manera como otros sectores se complementan con el Sector Salud y la manera como los recursos del Estado son colocados para mejorar la salud de la población. En mi condición de profesional, me siento preocupado por el estado de la salud de los usuarios externos, por lo que considero vital, la necesidad de asumir el estudio de la atención de la salud como un todo, es relevante pues se entiende que no hay subordinación para generar los resultados deseados.

Conoceremos si la prestación de los servicios es buena, contribuyendo a satisfacer las expectativas del cliente. A través de la investigación se determinará si la atención se realiza con calidad y calidez. De esta manera, contribuir a mejorar los servicios que se encuentren con deficiencias y satisfacer al usuario externo. Asimismo, lograr el cambio de actitudes y comportamientos del personal de salud a través de la capacitación considerando el lema” Personas que atendemos Personas”.

Palabras clave: Satisfacción, usuario, tiempo de espera.

Abstract

To achieve to promote the strategies of strengthening of health services, expand coverage of health insurance and strengthen the process of decentralization, demanded as necessary to modify the model of health care, which required a long process of consideration, at national and international level, on the determinants of health. ". The model directs the terms under which they organize and develop their activities, the services, the way in which other sectors are supplemented with the Health Sector and the way in which the resources of the State are placed to improve the health of the population. As a professional concerned for the health of the external users consider the need of addressing the study of health care as a whole where each one of the parts that make it up is relevant because it means that there is subordination in order to generate the desired results, which has led me to rethink the historic health-care in the work under epistemological assumptions. We will know if the provision of the services is good, helping to meet the expectations of the customer. Through research it is determined if the care is done with quality and warmth. In this way contribute to improve the services found with deficiencies and to satisfy the external user. Likewise, to achieve the change in attitudes and behaviors of health personnel through the training considering the motto" People serve People".

Keywords: Satisfaction, User, wait time.

Capítulo I

Introducción

Etimológicamente la palabra paciente es derivada de la palabra paciencia, una virtud que debe ser parte de una persona al momento de ser atendida medicamente, considerando que otro es su origen. Encontramos una lectura que defina la palabra , "paciente" deriva del latín "patiens" o "patientis", el participio presente del verbo "pati", que equivale a sufrir o aguantar, dirijámonos a la misma raíz que "padecer". En esta investigación no mencionaremos de la espera para una prueba de laboratorio o examen médico, intervención o consulta, ese tiempo que se calcula forma parte de la famosa "lista de espera". Nuestra intención es elaborar unas cuantas líneas sobre la espera antes del momento clave, es decir, el tiempo que el paciente pasa en la sala de espera o donde sea, haciendo tiempo hasta que le llegue el turno de atención. En el presente estudio hallamos información donde, el inicio del tiempo de espera hasta ingresar a la consulta en el nosocomio. Afecta tanto como la espera incierta (¿Qué día me operarán?) (a qué hora me atenderán).

La espera, en muchas ocasiones, depende del mismo paciente (los que llegan mucho antes, o muy tarde, por ejemplo), también del profesional los (procedimientos, agenda, tiempo ajustado para cada paciente, empezar tarde, interrupciones) y por

supuesto otras del propio proceso administrativo o asistencial (falta de planificación, el triaje, derivación indebida). Dentro del marco de estudio no es nuestro deseo buscar responsables ya que, según vivencias individuales, obtendremos una u otra noción diferente del tema. ¿Existen otras soluciones sencillas de adoptar? Es cierto que talvez no podamos cambiar las causas del tiempo de espera, pero podemos actuar sobre ese problema haciendo que ese tiempo de espera sea más cómodo. Salas de espera mejor ambientada, sencillamente alegres, implementadas con distracciones como una televisión, librerías o zona Wifi, agua o dulces, planificadas para que la espera no parezca demasiada prolongada. Tomando en cuenta que el color de la pared y la comodidad de los muebles son claves para conseguir un cambio de actitud. En EE.UU. prestan mucha importancia a los lugares de espera y están completamente acomodadas. Existen centros médicos y profesionales que publicitan el tiempo que durara un tratamiento y el aproximado de espera que tendrá el paciente para su turno. Una publicación del New York Times invita a los pacientes a pedir descuentos el tiempo de espera sobrepasa lo programado.

¿Es este un tema importante como se ve o no tiene mucha significancia y se puede manejar como algo superficial? Diferenciar lo importante de lo crucial es complicado, pero si el paciente es el centro del sistema, su tiempo también debe serlo. Nosotros nos decantamos por un mejor diseño de todos los procesos, conocer los flujos de pacientes y saber aproximadamente cuanto tiempo deberíamos dedicar a cada paciente. Un ejemplo sería que el paciente pudiera escribir cuando pide la cita previa un resumen de lo que le pasa o crear una consulta telefónica previa con el mismo objetivo.

Antecedentes:

1.1 Antecedentes internacionales

Ávila (2010) indica, “Satisfacción con el cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente” San Vicente del Raspeig – España. El personal de enfermería tiene la responsabilidad de cuidar y apoyar al paciente a manejar y controlar la enfermedad. Así como también mencionan que gracias al manejo, a la presencia y a la actuación del personal de enfermería, a los cuidados y una relación de afecto y empatía de la enfermera, el paciente encuentra atención y calma ante la inquietud y el sufrimiento físico y espiritual. Sobre los comentarios positivos, afectividad, amistad, cortesía, que la enfermera cuenta, el paciente percibe satisfacción cuando capta la vocación y la servicialidad de la enfermera. La enfermera busca su desarrollo personal y el sentido de su profesión en la vida cotidiana y de atención en el hospital La metodología se realizó por medio de un estudio descriptivo transversal en el que se tuvo en cuenta toda la población de pacientes internados del servicio de medicina del Hospital San Vicente de Raspig- España.

Los pacientes visualizan que la enfermera tiene como prioridad el atender las necesidades del paciente; la formación profesional de enfermera no la preparó suficientemente para la atención psicológica y espiritual de los pacientes con diabetes pero sus vivencias y experiencias personales le dan significación a su actuar profesional, a sus saberes aprendidos en la práctica profesional cotidiana, o como lo expresó uno de los pacientes; los sentimientos, la emoción, la compasión o empatía que se establece entre enfermera y paciente motivan a ambos a participar de una cultura mutua de los cuidados. La enfermera si motiva para dar una mejor atención

Gavilán (2004) indica, “Tiempo y venta: la influencia del tiempo de espera en la satisfacción con el servicio”, Madrid – España. Aunque la importancia del tiempo como

variable de interés para el siguiente estudio de la conducta del consumidor está reconocida desde el inicio de la investigación en marketing, conocemos más sobre cómo utiliza el dinero el consumidor, que sobre cómo utiliza su tiempo y cómo influye éste en la satisfacción con las decisiones de compra/consumo. La revisión de la bibliografía nos guía a plantear una propuesta conceptual opcional al enfoque más común basado en las ocho proposiciones que enuncia Maister (1985): el efecto inmediato de la espera es el resultado de una confrontación entre la intensidad de la pérdida que experimenta el sujeto, y la posible ganancia de utilidad que obtiene de la espera. Para la contrastación de la hipótesis teórica formulada, se desarrollara 23 enunciados básicos deducibles de ésta, cuya verificación se lleva a cabo a través de los datos recabados en los dos trabajos de campo efectuados. De los dos trabajos se obtiene lo siguiente, el primero consiste en 233 encuestas aplicadas en cajas de pago de consultas médicas hipermercados, restaurantes, y ventanillas de oficinas bancarias. El segundo es una encuesta de escenarios.

Con todos los datos recabados obtenemos que dos de los enunciados básicos no se cumplen, y cinco lo hicieron parcialmente. En tales circunstancias no podemos afirmar que la hipótesis teórica esté satisfactoriamente corroborada. Concluyo el trabajo con la discusión de los resultados, seguidas de las conclusiones finales que sintetizamos en los siguientes puntos: *Dentro del estudio de las situaciones de espera debe especificarse en qué momento del protocolo de demanda se recaban los datos, diferenciando el estados tras la espera antes de la prestación, de la evaluación tras la prestación que incorpora espera y servicio.

Martínez (2004) Indica, “Teoría de colas”. En este tema de la teoría de las colas se define como el estudio matemático de las colas o de las líneas de espera. La formación de colas es, por supuesto, un fenómeno conocido que sucede siempre que la demanda

efectiva de un servicio excede a la oferta efectiva. A menudo, las empresas deben tomar decisiones respecto al caudal de servicios que debe estar equipada y preparada para ofrecer. No siempre se precisa y con frecuencia, es imposible predecir con exactitud cuándo llegarán los clientes que demandan el servicio y/o que tiempo tomará para dar ese servicio; es por eso que esas decisiones implican problemas que hay que resolver con información escasa. El estar listos para ofrecer todo servicio que se nos requiere en cualquier momento puede implicar mantener recursos ociosos y costos excesivos. Pero, por otro lado, no tener la capacidad de servicio suficiente que causa colas excesivamente largas en ciertos momentos. Cuando los clientes esperan en una cola para recibir nuestros servicios, están pagando un coste, en tiempo, más alto del que esperaban. Las largas líneas de espera también son costosas para la empresa ya que producen la pérdida de prestigio y pérdida de clientes. La teoría de las colas no se encarga de resolver directamente el problema, pero contribuye con la información necesaria que se requiere para tomar las decisiones concernientes, pronosticando algunas características sobre la línea de espera: probabilidad de que se formen, el tiempo de espera promedio. Pero si usamos el concepto de “clientes internos” en la organización de la empresa, vinculándolo a la teoría de las colas, nos estaremos acercando al modelo de organización empresarial “just in time” en el que se trata de minimizar el costo asociado a la ociosidad de recursos en la cadena productiva. El modelo usado fue un estudio matemático de Kendall, concluimos en La teoría de las colas en ningún sentido da solución al problema de las colas pero se convierte en una gran herramienta que ayuda a tomar decisiones relacionadas a la espera del cliente y su repercusión en la satisfacción de este, para de ese modo reducir los costos y mejorar la estrategias frente a esta situación.

Pereira (2004) Indica, “evaluación de la satisfacción y las expectativas de los usuarios de un servicio de salud mental”, La Coruña – España. En el presente estudio se evalúan las expectativas y la satisfacción de una muestra de pacientes crónicos de un servicio de salud mental del sistema sanitario público. Los métodos usados combina técnicas cuantitativas (Escala de Verona para la Valoración de la Satisfacción con el Servicio de Salud Mental y Escala de Verona de Valoración de las Expectativas sobre el Tratamiento en el Servicio de Salud Mental) y cualitativas (entrevista semiestructurada).

Los resultados indican que, a pesar de una valoración global de satisfacción general con el servicio, los pacientes recomiendan áreas que merecen valoraciones críticas. Se anotan las medidas de mejora de calidad que tendrían que establecerse desde una perspectiva de cuidados centrados en el paciente.

Pérez (2013) en su tesis titulada “Repercusión de un modelo organizativo en tiempo de espera, eficacia/eficiencia, satisfacción de pacientes y motivación en un servicio de oncología radioterápica” Málaga – España. Los servicios de oncología radioterápica prestan servicios y tratamientos complejos que precisan de varias etapas de preparación. El tiempo transcurrido para ejecutarlas, así como la disponibilidad de horas de actividad de las máquinas, condicionan el tiempo transcurrido entre la solicitud de un examen o tratamiento y su administración. Las tardanzas en el inicio del tratamiento radioterápico repercuten de forma negativa en el control local de la enfermedad y supervivencia de los pacientes. Existe variabilidad en la organización por centros y con frecuencia las tardanzas son el principal motivo de preocupación y reclamaciones de los pacientes. La ausencia de un modelo de gestión de estas actividades condiciona gran variabilidad en la eficiencia de los servicios y por tanto en costes y amortización de las inversiones en alta tecnología, así como ocasiona malestar en los pacientes y profesionales. El objetivo principal es evaluar una intervención con

un modelo organizativo innovador, frente a modelos organizativos tradicionales en servicios de oncología radioterapia, midiendo eficacia/ eficiencia, satisfacción de pacientes y clima emocional, se plantea un estudio cuasi experimental con grupo control. En el nuevo modelo organizativo se contemplan tres tipos de estrategias: I) Optimización del tratamiento II) Optimización en el uso de recursos y III) Mejorar satisfacción de pacientes y clima laboral.

1.2 Antecedentes nacionales

García (2013) indica “Percepción y expectativas de la calidad de la atención de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud delicias Villa- Chorrillos en el período febrero-mayo”, Lima-Perú. Se pudo encontrar un nivel de insatisfacción de 55.24% del usuario de consulta externa que fue atendido en los diferentes servicios del Centro de Salud Delicias de Villa- Chorrillos.

Evaluando la dimensión de fiabilidad presentó un nivel de insatisfacción de 58.5%; indicando que el ítem de mayor porcentaje de insatisfacción fue la deficiencia de medicamentos en farmacia. Dentro de la dimensión de capacidad de respuesta presento el mayor porcentaje de usuarios insatisfechos 60.5%, viéndose reflejado el mayor disconfort de los usuarios al ver que el área de Admisión demoraba su atención. En las dimensiones de seguridad como la dimensión de empatías se presentaron un nivel de satisfacción mayor que las demás dimensiones (51.8% en ambos casos), observándose que en todas los ítems que encierran éstas dimensiones están en proceso de mejora. Sobresaliendo el respeto a su privacidad en el consultorio tiene un menor grupo de usuarios insatisfechos (36.46%) en relación a los demás ítems.

En la dimensión de aspectos Tangibles se evidencia un nivel de insatisfacción de 59.6%, viéndose que en el equilibrio de las percepciones del usuario durante su permanencia en el establecimiento con respecto a sus expectativas no son las adecuadas

al evaluar si el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos cuenta con baños limpios para los pacientes. La metodología que se usó fue observacional descriptivo transversal, las conclusiones al cual se llegó según los resultados obtenidos, concluimos que para los pacientes atendidos en el Centro de Salud Delicias de Villa lo más importante es el buen trato que recibe de todos los profesionales de la salud; siendo puntos importantes el respeto por su privacidad, una buena comunicación y el sentirse escuchados, demostrado en la dimensión de empatía y seguridad. Es en estas dimensiones en las que debemos trabajar con mayor énfasis para cumplir las expectativas de nuestros pacientes y así disminuir el grado de insatisfacción presente en dicha evaluación en un 55% de todos los encuestados, para lo cual debemos enfatizar mejoras para obtener la satisfacción de los usuarios.

Ninamango (2014) indica “Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Lima – Perú. El objetivo del estudio fue describir la percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) en enero del 2014. Los usuarios que se atienden por consulta externa de medicina interna del HNAL presentan un gran nivel de insatisfacción con respecto a la calidad de servicio que se ofrece y que supera el ochenta por ciento. Dentro de la capacidad de respuesta se ve que es la dimensión con alto grado insatisfacción, seguida de la confiabilidad, aspectos Tangibles, empatía y seguridad desde el punto de vista de los usuarios que asisten a la consulta externa de Medicina Interna en el HNAL.

Existen diferencias significativas ($p < 0.000$) respecto a lo que los pacientes desean (expectativas) y lo que se les ofrece (percepciones) sobre la calidad del servicio que se ofrece en el consultorio externo de Medicina Interna en el HNAL. No se hallaron

diferencias significativas entre la satisfacción global y los factores sociodemográficos analizados (sexo, grupos etarios, grado de instrucción, tipo de seguro y de usuario), respecto a la calidad de servicio que se ofrecen en los consultorios externos del servicio de Medicina Interna del HNAL. La metodología de estudio fue estudio descriptivo, transversal y observacional, entre los materiales y métodos se seleccionó de manera no probabilística una muestra de 230 usuarios de los consultorios externos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014. Se utilizó muestreo no probabilístico, empleándose la encuesta SERVQUAL modificada a 22 pares de preguntas el cual mide la satisfacción calculando la diferencia entre las respuestas para las expectativas y las percepciones. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS. Resultados hallados una insatisfacción global de 83.9% e insatisfacción en las dimensiones de respuesta rápida de 81,7%; las dimensiones de: confiabilidad (78.3%), Aspectos Tangibles (72.6%), empatía (69.6%) y seguridad (63.9%). Las conclusiones son las siguientes: la insatisfacción encontrada (83,9%) es muy alta en comparación a estudios previos. Las expectativas son altas en comparación a las percepciones. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y la satisfacción global ni las dimensiones.

Ramírez (2003) indica “Facultad de enfermería trabajo de calidad de la atención en salud desde la perspectiva del usuario Centro materno "Santa Lucia" Trujillo – Perú

La satisfacción de los usuarios dentro de las dimensiones: Estructura, Procesos y resultados son óptimos. Los tiempos de espera son estimados en un mayor porcentaje como prolongado y muy prolongado. En la dimensión de procesos, el trato es el indicador más elevado, y la educación para la salud se da un menor porcentaje.

Evidencia un buen registro de datos básicos en la historia familiar, a excepción de la cita que solamente se encuentra por encima de la media. Dentro de los indicadores de

mayor satisfacción se encuentran el trato, atención a sus molestias, examen y explicación a los procedimientos. El nivel de conocimiento de los principales signos de alarma en las pacientes gestante está por debajo de la media. Existen relaciones significativas y altamente significativas entre las dimensiones de estructura y proceso, y estructura y resultado. No así con las dimensiones de procesos y resultados.

El presente trabajo de investigación descriptivo de tipo correlacional y de corte transversal, se realizó en la Unidad de Seguros del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote en el primer trimestre del año 2009 con el objetivo general de determinar la calidad de atención en la Unidad de Seguros, desde la perspectiva del usuario asegurado. La población estuvo conformada por 368 usuarios, con una muestra de 184 usuarios; a quienes se les aplicó la encuesta Medición de calidad desde la perspectiva de los usuarios asegurados, debidamente validado. Llegando a las siguientes conclusiones: En la Dimensión de Estructura, en la Unidad de seguros los usuarios perciben como buena la calidad de atención, con un 85.3%; siendo las variables con porcentajes contar con los equipos y materiales que facilitan su atención y de igual manera la apreciación física de los trabajadores

Remuzgo (2003) indica “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras en el servicio de Geriatria del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen” Lima – Perú. El nivel de satisfacción del paciente adulto es medio y con inclinación a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el servicio de Geriatria del HNGAI, siendo más baja la dimensión calidez con relación a la dimensión cualidad. La cualidad de las atenciones recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera en el servicio de Geriatria, se identifica por ser de un nivel de satisfacción medio con un inclinación hacia un nivel de satisfacción bajo.

La calidez de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera, se identifica por ser de un nivel de satisfacción medio, con una inclinación a un nivel de satisfacción bajo, reflejado en la alteración del fortalecimiento de la autoestima, y escaso interés por sus necesidades afectivas.

En la dimensión calidad respecto al indicador cuidado a tiempo, se identifica como satisfacción baja con referente a la aclaración sobre las normas hospitalarias cuando ingreso el paciente al servicio, y satisfacción media respecto a la atención inmediata cuando el paciente lo requirió, y la ayuda para expresar sus problemas psicosociales.

En la dimensión calidad referente al indicador cuidados permanentes se caracteriza como satisfacción baja en respecto a la instrucción sobre la repercusión de la enfermedad en sus actividades diarias y siendo aún más baja la satisfacción relacionado a la orientación sobre el tiempo de trabajo de las enfermeras en el servicio. En la dimensión calidad respecto al indicador cuidado libre de riesgo se caracteriza como satisfacción baja sobre la información de los beneficios e importancia de su tratamiento, siendo más baja la satisfacción sobre la explicación previa al alta del paciente.

El método de estudio utilizado es el descriptivo de corte transversal, descriptivo por que muestra los fenómenos o hechos pero no los explica, da a conocer la variable satisfacción del adulto mayor del paciente adulto mayor con respecto a los cuidados del enfermero enfermera, y es de corte transversal por que el estudio de la variable se realiza en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Se llegó a las siguientes conclusiones: el nivel de satisfacción del adulto es medio y con una tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el servicio de geriatría del HNGAL, siendo más baja la dimensión calidez respecto a la dimensión calidad, segundo la calidad de los cuidados recibidos por el paciente adulto

mayor de la enfermera es el servicio de geriatría se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción medio con tendencia hacia un nivel de satisfacción bajo, tercero la calidez de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera en el servicio de geriatría se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción medio, con tendencia a un nivel de satisfacción bajo, reflejado en la alteración del fortalecimiento de la autoestima y escaso interés por sus necesidades afectivas, cuarto en la dimensión calidad respecto al indicador cuidados oportunos se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la información sobre las normas hospitalarias cuando ingreso el paciente al servicio, y satisfacción media respecto a la atención inmediata cuando el paciente lo solicitó y la ayuda para expresar sus problemas psicosociales., quinto en la dimensión calidad respecto al indicador cuidados continuos se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la educación sobre la repercusión de la enfermedad en sus actividades diarias y siendo aún más baja la satisfacción relacionado a la orientación sobre el tiempo de trabajo de las enfermera en el servicio, sexto en la dimensión calidad respecto al indicador cuidado de riesgo se caracteriza como satisfacción baja sobre la información de los beneficios e importancia de su tratamiento del paciente, siendo más baja la satisfacción sobre la explicación previa al alta del paciente adulto mayor por los cuidados en el hogar y como satisfacción media en cuanto a la motivación para la participación en sus cuidados durante su hospitalización.

1.3 Fundamentación científica, técnica o humanística

Satisfacción de usuario

La definición de Pascoe: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria” es una de las más simples y aceptadas. La satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y

de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio.

La satisfacción del usuario es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: comparar sistemas o programas de salud, evaluar la calidad de los servicios de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios

Con el avance de la tecnología, y particularmente con los logros en el campo de la medicina, es necesario hacer ajustes para ofrecer mejores tratamientos y de calidad, esta debe estar basada en actividades dirigidas a garantizar todos los servicios de salud para que puedan ser muy accesibles y equitativos con personal de calidad y teniendo en cuenta el uso de todos los recursos, buscando de ese modo la satisfacción del usuario con la atención recibida. A fines de las décadas del siglo xx, los cambios sociales, económicos han repercutido grandemente en la salud de la población y, por ende, se han modificados políticas de salud a nivel mundial. En tales condiciones se promueve una atención de alta calidad centrada en el usuario. En el Sector Salud, se busca llegar a una humanización y a ofrecer servicios de mayor calidad. Según Zeithaml, Parasuraman y Berry introdujeron el modelo SERVQUAL de Calidad de Servicios el propósito fue para mejorar la calidad de servicio ofrecida por una organización. Este modelo usa un cuestionario que permite evaluar o medir la calidad de servicio por medio de cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Se ha diseñado con una escala múltiple de respuestas que permite comprender a mayor cabalidad qué expectativas tiene los clientes con respecto a un servicio, también se puede utilizar como instrumento de mejora y ayuda comparar son otras entidades. El modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio se encuentra para ayudar al

usuario a medir lo que desea o espera de una institución u organización dentro de las cinco dimensiones citadas, comparando estos resultados con lo que el cliente resuelve de ese servicio dentro de esas dimensiones mide lo que el cliente espera de la organización que presta el servicio en las cinco dimensiones citadas, contrastando esa medida con la estimación de lo que el cliente percibe de ese servicio en esas dimensiones. Teniendo los resultados de ambas mediciones lo que espera el cliente y lo que percibe el cliente, se pretende facilitar la intención de mejoras por medio de acciones correctoras adecuadas para que mejoren la calidad del servicio.

Según Vanormalingen (1996) conceptúa cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Cabe mencionar que la calidad de la salud no se reduce a uno o algunos de estos elementos, obligatoriamente incluye la integración de elementos de tipo técnico, así como de procesos objetivos y subjetivos; todos implicados tienen como resultado la satisfacción de los usuarios y la excelencia de la institución de salud. Se han estudiado un grupo de determinantes fundamentales de la calidad de los servicios que según *Suárez (1997)*, son:

Confiabilidad: implica consistencia en el rendimiento y en la práctica. Receptividad: se refiere a la disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio, implica la oportunidad. Competencia: significa la posesión de habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio. Accesibilidad: implica el aprovechamiento y la facilidad del contacto. Cortesía: es la amabilidad, la urbanidad y la amistad del personal que presta el servicio. Comunicación: significa escuchar a los usuarios y mantenerlos informados con un lenguaje que puedan entender. Credibilidad: significa honestidad, dignidad y confianza. Seguridad: estar libres de peligros, riesgos y dudas. Entender y conocer al cliente: implica estudiar y conocer las necesidades de este

para satisfacerlas. Aspecto tangible del servicio: apariencia personal, condiciones del lugar, herramientas, instrumentos y equipos, así como la privacidad del usuario. Se habla de calidad en la atención médica o calidad asistencial cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales sumamente buenos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Evaluación de la calidad

Existen diferentes puntos de vista para abordar la evaluación de la calidad. Según la ISO 9000, 2000 "La calidad es considerada como el conjunto de características propias a un producto para que cumpla con los parámetros para los cuales fue creado" (Sistema de gestión de la calidad según ISO 9000. Según Donabedian "el grado de calidad resulta de medir la atención prestada cuando es capaz de alcanzar el balance más óptimo entre peligros y bondades" e incluye estructura, procesos y resultados que son los tres pilares de una armazón conceptual para medir la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro. Como definen *B. Zas* y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios

realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia. Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la *satisfacción* del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad. Según Corbella; la satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario." La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros. La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en la ciencia psicológica.

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad pone en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud y ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios. La satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta: las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas.

1.- La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y cómo fijar objetivos a los que llegar con las mejoras llevadas a cabo. La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud. La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad). Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre *satisfacción general*, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la *satisfacción específica*, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos. Por otro lado, se ha planteado el modelo ECHO que valora los resultados clínicos, económicos y humanísticos, como una guía para la medición de los

resultados en salud. Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo (PNT), incluyendo los instrumentos de registros apropiados, es fundamental para asegurar la provisión de un servicio de calidad. El surgimiento de los servicios de excelencia pone a los involucrados en la necesidad de buscar y adoptar nuevas formas de medir la calidad y evaluar la actuación. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria (Armando P. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento fármaco terapéutico, 2005). La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye. Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades. Este modelo junto a las aportaciones realizadas por autores como Berry y Parasuraman apuntan a un conjunto de variables (SERVQUAL) que posibilitan una aproximación fiel y discriminada sobre las debilidades y fortalezas del servicio que se evalúe.

Las instituciones u organizaciones que funcionan como proveedoras de salud (tanta administración, profesionales médicos, empresas que ofrecen contenidos y otros), están en constante búsqueda de nuevos métodos para lograr una mejor calidad en la

atención sanitaria. Cuando se evalúa la calidad de los servicios sanitarios, cada vez es más frecuente incorporar a esta evaluación resultados diferentes de los exclusivamente clínicos. La opinión de los pacientes es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas.

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica y del incremento de las competencias profesionales y económicas. Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por un lado está la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan en los aspectos técnico-científicos de la atención, además de considerar la interacción proveedor-paciente. Aunque esta perspectiva es importante y útil, en los últimos años hubo un interés creciente en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas. Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no son sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención. Se puede evaluar en líneas generales la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes, pero también de la opinión de los familiares, y de los propios proveedores. No es bueno conformarse solamente con el reporte que puedan brindar los pacientes, pues muchas veces ellos no tienen todos los elementos de información de lo que está sucediendo. Por eso es oportuno recurrir a los familiares y a los proveedores y contrastar ambas metodologías cada vez que sea posible. Según la Dra. Fernandez Busso hay una serie de cambios que llevan el tema de la calidad médica

a un primer plano y hacen que la calidad se convierta en una bandera dentro del sistema de salud. La relación entre profesional sanitario-paciente pasa a ser una relación entre proveedor de servicios-consumidor, por lo que hay que tener en cuenta que se inserta en un microsistema social en el que se relacionan las categorías de rol; donde cada una tiene asociadas unas expectativas comportamentales, la insatisfacción de un actor puede venir de la incongruencia entre las conductas esperadas y las ejecutadas. Los diferentes instrumentos del sistema precisan de coherencia y estructura lógica entre las tres partes del todo. El diseño de cada instrumento evaluará el nivel de satisfacción global y por componentes o dimensiones. Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso. La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud.

Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud. El tema de SU es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria” es una de las más simples y aceptadas. La SU es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio.

La satisfacción del usuario es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: comparar sistemas o programas de salud, evaluar la calidad de los servicios de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios. También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual.

Desde mediados de la década pasada, algunos autores han expresado que las encuestas de satisfacción del usuario generalmente muestran alta satisfacción y poca variabilidad, lo que dificulta su uso en términos de gestión; sin embargo, otros estudios señalan que la introducción de preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los pacientes con aspectos específicos de la atención son más informativas y útiles.

Adicionalmente, la complementariedad con técnicas de investigación cualitativa fortalece la riqueza de la información y su potencial uso en la gestión. Como mencionamos anteriormente, la satisfacción es un fenómeno básicamente psicológico que requiere de metodologías cualitativas para complementar su estudio.

Según algunos estudios, los niveles de SU en atenciones ambulatorias oscilan entre 60 y 70%, observándose especificidades en función al público estudiado, servicio y/o establecimiento proveedor de la atención, motivo de consulta, momento de entrevista y método utilizado. Reportes internacionales han evidenciado altos índices de SU en establecimientos de salud públicos y adicionalmente su poca variabilidad durante los estudios de seguimiento, lo cual ha despertado algunos cuestionamientos en términos de su utilidad como instrumento de monitoreo y valor en la gerencia de servicios. En sistemas de salud de países desarrollados (Reino Unido, Canadá, EEUU, España) y en algunos en vías de desarrollo (Brasil, México, Chile, Nueva Zelanda, entre

otros) existen políticas sanitarias que impulsan el desarrollo de todo un sistema de información gerencial que se inicia con el recojo periódico de opiniones de los usuarios sobre los servicios de salud, continuando con el procesamiento y generación de información puesta a disposición de los diversos decisores sanitarios, con la finalidad de inducir acciones de mejoría en sus servicios. En tales países, esta concepción traducida en política y acción representa un eje importante en gestión sanitaria. Jackson y colaboradores consideran que el valor de la SU depende del objetivo para el cual se mide la satisfacción. Nosotros consideramos que si la idea es disponer de información para comparar los resultados de ajustes organizacionales o iniciativas de mejoría de calidad desarrolladas por servicios / establecimientos de salud, sería recomendable la medición de la satisfacción global con la atención (satisfacción con “enfoque resultado”). Por el contrario, si el propósito de medir SU es la identificación de aspectos organizacionales y del proceso de atención que precisan ser mejorados en un servicio de salud, el estudio debería enfocarse principalmente a los componentes de dicha atención (satisfacción con “enfoque proceso”). Para cada uno de esos enfoques existe un conjunto de herramientas útiles y validadas; además, estos enfoques no son, en lo absoluto, excluyentes entre sí.

Según la información acumulada, existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Sistematizándolos podemos agruparlos en: a) factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad), experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio); b) factores familiares / sociales: experiencias con el servicio de

parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad; y, c) factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, ente otros. La interacción entre estos factores resultan en el nivel de aceptabilidad y satisfacción; dicha interacción es compleja, ya que tratamos de un aspecto de base subjetiva, es decir, basados en percepciones y experiencias (sustento psicológico).

En el Perú, desde mediados de los años 90, se han desarrollado algunas iniciativas puntuales y de corto alcance en el tema de escucha al usuario, impulsados fundamentalmente por algunos proyectos de cooperación internacional (por ejemplo, proyecto 2000 (Ministerio de Salud del Perú.), salud y nutrición básica, cobertura con calidad, entre otros), que consideraron dentro de su marco de referencia teórico-operacional la mejoría continua de la calidad y la satisfacción. Desafortunadamente, tales iniciativas tuvieron un escenario de aplicación bastante reducido y limitaciones en su institucionalización. Desde esa misma época, el Ministerio de Salud ha formulado algunos lineamientos en salud dirigidos al usuario; empero su cristalización como praxis regular, permanente e inmersa en el accionar de los gestores y proveedores de atención continúa siendo un gran desafío (MSP). Asimismo, la disponibilidad de información sobre el nivel de SU de los servicios de salud públicos (hospitales y centros de salud) es limitada y no se conoce de estudios basados en muestras nacionales que exploren las características de SU y sus diferencias en función de factores sociales, económicos, demográficos, culturales y de las características de la oferta. Dentro de las políticas públicas actuales de reducción de las desigualdades e inequidad en salud (Organización

Panamericana de la Salud), se plantea el desafío de explorar la asociación del nivel de SU según condición económica. La literatura muestra poca información sobre el particular y la existente aun no es concluyente. Es en ese aspecto que el presente estudio pretende contribuir.

Fueron objetivos del estudio analizar el nivel de satisfacción de los usuarios de establecimientos del MINSA del Perú, su relación con el nivel socioeconómico e identificar los principales factores asociados de tipo social, demográfico, y de accesibilidad a la atención, referente al año 2000.

La fiabilidad

Es definida como: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir que el usuario cuenta con conocimiento básico del centro de salud. Donde se ofrecen ciertos servicios de salud. Puede ser la mismas referencias que dan los pacientes sobre localidad de atención que se recibe en dicho establecimiento así también como en los carteles que ofertan ciertos servicios y o tratamientos a los usuarios según las necesidades. Con dicha información se está generando un compromiso. De qué imagen debemos mantener y expandir a través de los tratamientos que ofrecemos. Entonces nos comprometemos a algo para lo que debemos estar preparados para cumplir, y cumplir en forma consistente (a todos nuestros clientes en la misma medida). ¿Qué aspectos entonces podríamos evaluar para medir la fiabilidad? Veamos estos tres: Cumplimiento de las promesas de plazos. El usuario se “programa para una espera máxima prometida, si no se cumple con dicha promesa entonces no ayuda mucho el sentido de responsabilidad. Interés sincero en solucionar problemas a un cliente otro de los motivos que no hace que los usuarios pierdan la confianza es no ser escuchados y atendido per el motivo de consulta para los que vinieron, ni ver que se esté haciendo

nada para poder solucionar su necesidad, ante un motivo de consulta es necesario escuchar y entender a fondo al paciente y ver que se puede hacer para solucionar su problema, y luego mantener la comunicación con ellos para dar informe de cómo va evolucionando su salud, y de los logros que se están teniendo, la ignorancia acerca de “qué es lo que está sucediendo con la resolución de mi problema” suele inquietar mucho a las personas. Realizar bien el servicio la primera vez. Un primer intento fallido es una imagen negativa que gana el profesional y el centro de salud.

La capacidad de respuesta

Se pueden tomar diferentes acciones para aminorar las amenazas y las vulnerabilidades que reducirán el riesgo, pero no deja de haber riesgo. Sin embargo la existencia del riesgo remanente aumenta la posibilidad probablemente a que sucedan daños de magnitud proporcional a ese riesgo remanente y, por tanto, es necesario prepararse para enfrentar el impacto sobre la salud. Necesitamos fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud movidos con la finalidad de reducir pérdidas de vidas, invalidez permanente, así como el impacto socioeconómico sobre la salud. El ministerio de salud como ente principal del sistema de salud y de las instituciones que lo acompañan deben estar organizados y estar en la capacidad de dar respuesta a las emergencias y tragedias para reducir la improvisación y ser capaces de responder a las emergencias y desastres reduciendo al máximo posible la improvisación y la actitud de soluciones de momento. Tenemos registrados estos procedimientos en los manuales para Emergencias y desastres preparados por la OPS. La capacidad de respuesta en la atención primaria es, al tiempo, un conjunto de conocimientos y de recursos combinados con los mecanismos de gobierno necesarios para alcanzar sus objetivos. El personal de salud en la atención primaria se caracteriza por prestar sus servicios en los lugares que sea lo más cercano al paciente, aun sea en el domicilio del usuario, el

objetivo de esta atención primaria es contribuir para evitar o paliar la morbilidad y la mortalidad sanitariamente prevenible, incluir la atención especializada y los servicios sociales

Se define a la capacidad de respuesta como la elección y recomendación de las alternativas posibles, en base a los protocolos establecidos (diagnósticos y terapéuticos) enfrentados ante la diversidad de problemas de salud de los usuarios. Se espera una capacidad de respuesta del 100% y tendría que acondicionarse a las circunstancias específicas de cada usuario. Esta capacidad de respuesta implica, también la imposibilidad de resolver todos los problemas, obviamente no siempre se cuenta con todos los recursos para asumir las emergencias además no todos los pacientes se encuentran en el mismo estado de salud hay algunos que son más graves que otros.

Debemos definir muy claramente que responder a los problemas no es meramente resolverlos. Por ende, debemos distinguir la capacidad de respuesta de la capacidad de resolución en la atención primaria. Se entiende por capacidad de resolución a la posibilidad de resolver personalmente los problemas de salud de los usuarios, bien por su resolución propiamente dicha (es decir en ese nivel, sin derivar a otro nosocomio, sin usar pruebas de laboratorio o Radiografías diagnósticas), brindando apoyo constante, consuelo, tratamiento paliativo, escucha terapéutica, el porcentaje de la capacidad de atención en el nivel primario se sitúa en torno al 90-95%³. Es difícil llevar mantener la capacidad de respuesta y de resolución de la atención primaria, ni tampoco incluir a sus profesionales en la lucha por conseguir la eficiencia y el cumplimiento de los objetivos. Generalmente esto se da por cuestión de gestión de las organizaciones sanitarias, en su nivel que es diferente, y se rigen según su régimen jurídico, estos mecanismos orientan los recursos para que se cumplan los fines y se coordinan intraniveles e interniveles, y

a la motivación y el control del personal⁴. En teoría, la gestión apropiada e integrada de la atención primaria y de la atención hospitalaria «transforma» a la segunda en un recurso de la primera, a la que complementa. Así, los especialistas se convierten en consultores, los servicios hospitalarios se ofrecen en forma episódica (salvo excepciones, como atención a pacientes con enfermedades muy infrecuentes), y los recursos se asignan a quien decide su uso (donde se determinan costes). En su conjunto, la capacidad de respuesta de la atención primaria se puede mejorar en 4 campos: prevención, resolución (curar, contener, ayudar), derivación (filtro) y coordinación (continuidad asistencial). La mejora depende de la calidad (el estrechamiento de la brecha entre eficacia y efectividad), pero también de la seguridad (la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible). La sola calidad no es suficiente. Por ejemplo, puede ser peligroso ofrecer lo mejor para resolver cada problema en el paciente con múltiples problemas, por la colusión entre las distintas intervenciones. El médico, al dar respuesta al problema del paciente, debería ayudar en la toma de decisión ante las alternativas óptimas en ese caso y, al tiempo, tener en cuenta el interés de la sociedad y la organización. Si se presenta un «conflicto de interés», el médico debe compartirlo con el paciente. Por ejemplo, al administrar el propio tiempo médico, podría dedicarlo todo a un solo paciente, en detrimento de los demás. Éste es el difícil papel de los profesionales como «socios» de la organización y como agentes de los pacientes y la población, y que conlleva un dilema permanente entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la organización). Idealmente, cuando en las OSCI (o en cualquier organización) se delega al médico general responsabilidad, autoridad y autonomía, se le ayuda a tomar decisiones frente a la medicalización de la sociedad (y de otros profesionales) y frente a los «imposibles» que piden algunos pacientes. La política de incentivos, monetarios y

profesionales, ayuda al cumplimiento de los objetivos de la OSCI. Además, si la OSCI incluye servicios sociales y entidades políticas (ayuntamientos), como en el caso de los asociados del Consorcio Hospitalaria de Catalunya, existe la posibilidad del uso de alternativas no sanitarias para responder a los problemas de salud (la des medicalización de la sociedad, mediante la cooperación intersectorial y la participación comunitaria). Con todo ello se abren nuevas perspectivas para la mejora de la capacidad de respuesta de la atención primaria y la efectividad de ésta.

La empatía

Hablamos de la empatía como es un requisito principal que debe existir en la relación profesional de salud-usuario, en el momento de la consulta como en el seguimiento de dicha patología. En el año 2003 en España Barcelona Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Impulsa la importancia de la empatía y el altruismo dentro de la formación de futuros profesionales de Ciencias de la salud, donde se presenta los modos de cómo debe ser la relación entre el profesional y el paciente, eleva la opinión de los usuarios donde ellos proponen que la calidad profesional y el buen trato deben ser claves para una relación de salud profesional. Pese a ello uno de las debilidades y ausencias es no incluir este curso de relaciones interpersonales dentro de la formación de los nuevos profesionales y la capacitación de las mismas. La enseñanza y la tecnología que descubre nuevos paradigmas son ejes básicos donde gira la formación de los nuevos profesionales de la salud. La enseñanza actual está basada en los resultados como conocimientos y habilidades de inclinación netamente académica dejando de la lado el buen trato la empatía, la sensibilidad el buen trato a la persona que sufre que se suponen debe formar parte del perfil del profesional no son considerados dentro de la evaluación definitiva como profesional, en estas

enseñanzas el cociente intelectual y la calificación ocupan un lugar más destacado que aquellos atributos psicológicos como el tacto, la empatía, la sensibilidad, la capacidad perceptiva y el buen gusto a la hora de tratar a la persona que sufre, que se supone deben formar parte del perfil del profesional sanitario.

Un comportamiento empático ayuda a una buena relación terapéutica logrando que los pacientes confíen mejor en quien los trata, comparten mejor sus padecimientos y se muestren más comprometidos con el tratamiento y se sienten con mejor satisfacción y como dentro de la consulta y se muestran menos ansiosos y se incrementa la calidad de vida. La empatía, en consecuencia, es un elemento clave en la relación asistencial. Si bien es cierto que la empatía es atributo humano que surgió a lo largo de la evolución, haciendo ver a nuestros antecesores los que otros sentían y permitiendo la comprensión de lo que otras personas podían necesitar, no solo sentir lo que otros sentían sino comprender lo que otros podían necesitar. No existe el gen de la empatía, pero si la disponibilidad para adquirir la capacidad de la empatía y para que eso se logre y se expanda en todo futuro profesional tiene que hacerse un gran trabajo y contar con personas muy interesadas y dedicadas para cambiar los paradigmas. Existen estudios que dicen que sumergirse en el dolor ajeno por causa de enfermedad también puede traer sus consecuencias por medio de la ansiedad humana que bloquearía la capacidad de resolver el problema. Otros estudios con futuros profesionales de la salud en prácticas han demostrado que la empatía disminuye. Una de las explicaciones es que este déficit es una defensa contra la ansiedad que generan las situaciones que se dan en la relación asistencial. La cuestión es que no se dispone en todo el proceso educativo de espacios que posibiliten el análisis y la comprensión de los aspectos emocionales que intervienen en la relación asistencial, así como una comprensión de los fenómenos intra e intergrupales que puedan facilitar las tareas asistenciales y las interacciones

profesional / paciente. La creación de estos espacios es uno de los retos de los estudios de ciencias de la salud. Estos espacios permiten conjugar el aspecto educativo y los aspectos emocionales y ofrecer un marco útil donde las experiencias vitales de los alumnos sirvan al desarrollo de recursos. Para la Dra. María del Carmen Vidal y Benito (especialista en Salud Mental, Magister en Educación Médica. Fac. de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán). La Empatía es un tema frecuentemente tratado pero no consecutivamente si no por épocas por diferentes estudiosos y analizada desde el punto de vista de diferentes corrientes y sus resultados han sido que no se ha logrado un consenso de su significado. El constante uso del término ha logrado su vulgarización y la confusión de este término. La Empatía ha sido considerada básicamente como un tema afectivo presente en los seres humanos, que ayuda a darse cuenta del otro, al que tengo frente a mí, que siente como yo sufre como yo y es tal cual, como yo, considerado por la filosofía como condición del ser o del existir humanos, que posibilita la intersubjetividad, es decir la relación con los otros. La Psicología en cambio, ha estudiado la Empatía como principalmente afectiva para algunos, y cognitiva para otros además mixta para la gran mayoría en la actualidad, y es importante para el desarrollo infantil. Es así que cuando se habla de empatía, el o los autores pueden estar refiriéndose a: sentir la emoción que el otro siente, conocer el mundo interno de otra persona, sus ideas, creencias y sentimientos, conocer y comprender al otro y también compartir su estado emocional, comprender los sentimientos de los otros: vivenciar lo que el otro siente, tomar distancia y valorar lo sentido por el otro, adoptar la postura o la expresión facial del interlocutor durante el intercambio con otros (la imitación sería la base de la empatía), proyectarse uno mismo en la situación de otro y luego percibir lo proyectado como perteneciente al objeto (Empatía Estética), imaginar lo que se sentiría o se pensaría si se estuviera en el lugar del otro, imaginar

cómo el otro siente o piensa, incomodidad, malestar, angustia, distress frente al sufrimiento del otro, acompañamiento del sufrimiento o la alegría del otro lo que motiva a ayudarlo, la compasión, la congratulación, la conmiseración, son componentes de esta actitud que es designada desde Max Scheler, como Simpatía, si bien algunos autores denominan *empatía*. En la relación profesional de la salud y usuario esta actitud debe ser parte de lo que debe hacer cada profesional y debe ser parte de la consulta diaria, y debe ser considerada como herramienta al servicio de cada paciente con finalidades terapéuticas y ser enseñada y aprendida por todo profesional y futuro profesional, actualmente es vínculo se desarrolla solo de forma habitual dentro de las capacidades naturales de cada profesional lo que sucede habitualmente en la relación entre los profesionales de la salud en general y los pacientes, es que el vínculo empático se desarrolla dependiendo de las capacidades naturales de cada profesional, ya que en general, éstos carecen de la formación necesaria para implementarlo. Sea cual fuere el concepto que se utilice en general se acepta que la empatía se desarrolla en los seres humanos desde pequeños las habilidades sociales de los niños, su capacidad para aprender y la tolerancia a la frustración y que el grado de desarrollo de esta característica en los padres, influye en la evolución infantil.

La Medicina es un arte remoto y muy antiguo y muchas de sus maneras de abordarlas son por tradiciones, las conductas y actitudes del médico son por lo tanto antiguos, el modo de tratar a los pacientes ha sufrido muchas variaciones acompañados de cambios históricos que se han ido dando, muchas de los actos de atención se repiten, y se incorporan a la vida cotidiana y pasa a ser parte de una actividad normal y por ello ¿No debemos hacer un alto para analizar sus implicancias?, vemos pues qué relación profesional de la salud y usuario se ha establecido en un acercamiento rápido, superficial centrado en averiguar los síntomas de la enfermedad o el motivo de consulta

con preguntas cerradas con la mayor, con poca oportunidad de escuchar al paciente y su interioridad con una psicosemiología completamente ausente, una semiología clínica breve y rudimentaria y una hipertrofia de estudios y análisis complementarios.

Elementos tangibles

Definitivamente veremos cómo los elementos tangibles de un centro de salud pueden impactar dentro de la calidad de servicios, no enfocados tanto del punto de vista estético funcional, si no de otra perspectiva. Si no vemos que se vean de desde un punto de vista funcional buscando que se satisfagan las necesidades del usuario de modo que se eleve la calidad de servicio elevando de este modo la percepción de calidad del personal de salud y del centro de salud. Advirtamos pues un aspecto particular. La generación de expectativas y su satisfacción a través de elementos tangibles. Sí podemos lograr que los objetos hablen a los pacientes y son capaces de crear expectativas y también de satisfacer o no las necesidades para lo que se adquirió, y analizar cada incorporación de elementos físicos al servicio. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) dicen; una de las dimensiones de la calidad en el servicio son los elementos tangibles. Nos ha ocurrido muchas veces que cuando vamos a una centro de salud donde no tenemos la necesidad de un servicio tal como por ejemplo una radiografía o una toma de presión arterial o un análisis de algún tipo por causa de una indicación médica y entras y no encuentras lo que se requiere porque un instrumento esta malgrado o porque no hay alguien que pueda operarlos , sea lo que fuere no te dan la solución a tu necesidad , o vez aparatos dentro de un nosocomio y están malgrados muchas veces solo por falta de una pieza o repuesto que se puede conseguir de manera inmediata pero que por cuestiones administrativas no se hace o tarda mecho, entonces eses detalle de ver lo que se tiene y no se puede usar genera un gran incomodidad, cosa contraria seria el tema de encontrar los que se requiera en buen

estados equipos modernos o medianamente modernos pero con un buen funcionamiento y con personal calificado para su operación , nos ayuda a dar una mejor imagen y un mejor servicio los paciente se van del nosocomio con un buen sentimiento de haber sido atendidos y satisfecho sus necesidades. La presencia de esos elementos mal gestionados genera quizás, mayor insatisfacción que la que hubiera generado su ausencia. ¿Por qué? Por la expectativa que generaron. Si comprendiéramos la importancia de estos elementos para la calidad de tu servicio, y el impacto de su mal estado, su falta de mantenimiento o su descuidada ubicación o identificación, se podría hacer algo para aprovechar este aspecto en nuestro favor. He aquí algunos aspectos a considerar: Preguntémonos si antes de incorporar un elemento nuevo al servicio agregaría valor para la comodidad y satisfacción del usuario, si es afirmativa la respuesta analicemos cuidadosamente la manera de ubicarlos correctamente y que cantidad de esos insumos serán necesarios para cubrir las necesidades de los clientes, etc. Prever un plan de mantenimiento para los equipos que lo requieran, a fin de cumplir con un buen servicio. En caso de un equipo o aparato este fuera de servicio, o de tener un servicio limitado, notificarlo de manera visible o retirarlo para que los usuarios estén enterados. Utilizas cada, recurso físico para aumentar la calidad del servicio y no permitir que se transformen en causa de insatisfacción.

Seguridad en el paciente de salud

La seguridad del usuario es otro de los principios fundamental de la atención en el sector salud. Existe siempre cierto grado de peligro inherente en cada momento del protocolo de atención de salud. Muchos de estos eventos adversos algunas veces están relacionados con problemas de la práctica clínica, de los insumos, de los protocolos o del sistema. El hecho de que mejore la seguridad del paciente requiere un esfuerzo

complejo por parte de todo el sector salud este esfuerzo abarca variedad orientados hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. El enrumbe dirigido hacia la calidad, demanda mejores procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Para ello se necesita un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible. Dentro del documento de Salud Pública en las Américas del año 2002 da como definición y como novena función esencial “garantizar la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos” La Resolución Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente”, aprobada en 2007 delinea las acciones regionales en base a seis (6) estrategias: -Introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales. Identificar líderes nacionales que actúen de forma proactiva y realicen acciones relativas a la calidad de atención y seguridad del paciente. Involucrar en la calidad a los niveles de gobierno y gerenciales, al mismo tiempo que a los niveles de ejecución. Realizar un trabajo interdisciplinario. Promover la participación activa de los profesionales para la gestión de la calidad. Incorporar la participación del paciente, la familia y la comunidad en la toma de decisiones y en la promoción del autocuidado. La calidad y seguridad de la atención se ha convertido hoy en día una gran prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. Garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios cumpla con los estándares internacionales de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud. Entre los principales involucrados y responsables de la calidad y

seguridad de la atención podemos destacar tres ámbitos fundamentales: el clínico, el formativo y el del usuario receptor de la atención. La sinergia entre estos tres ámbitos se considera el eje estructural para garantizar una atención libre de riesgo y que contribuya a mejorar los resultados en la salud de la población. Relacionado con el ámbito clínico, que está integrado por las diferentes instituciones de la salud y los diversos proveedores de atención, se requiere: a) Contar con políticas institucionales donde se posicione la calidad y la seguridad del paciente como el eje central de la atención y establecer procesos de gestión dirigidos al cumplimiento de las políticas, b) Establecer un proceso de vigilancia continua de la calidad de la atención con mecanismos de control y monitoreo bien definidos, que permitan evaluar los resultados e implementar medidas de mejora y correctivas en caso necesario y, c) Desarrollar una cultura de calidad y seguridad, donde el hacer las cosas bien y libres de riesgo sea un compromiso que involucre a todos los niveles de la organización y permita transitar a un comportamiento consciente de la necesidad de asegurar un ambiente de calidad y seguridad, donde no exista temor a notificar los errores y el reporte se convierta en una oportunidad de aprendizaje a nivel individual y organizacional. Así mismo, es un requisito que en todas las instituciones de salud se realicen frecuentemente programas de capacitación de educación continua, donde todo el personal de salud este constantemente capacitado, regulado estrictamente bajo los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estas capacitaciones deben ser dirigidos a todo el personal de la salud, con preferencia a los nuevos, de esta manera se garantizará que al integrarse al equipo de salud, todo el personal se encuentre con las competencias adecuadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos. En cuanto los futuros profesionales, las instituciones educativas tanto nacionales como privadas formadoras de profesionales para la salud, incorporen en su línea curricular formas de cumplir las pautas básicas para

la preparación de temas sobre calidad de atención y seguridad eso dar que todo profesional se encuentre en condiciones para asumir los retos de esta nueva tendencia de brindar atención de calidad y seguridad. En tal dirección, la formación de los profesionales de salud se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios de ubicaran a los profesionales listos para afrontar, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes. Su participación en todos los procesos de atención, así como su involucramiento con todo el equipo de salud, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención. Con respecto al usuario quien es el receptor de la atención se requiere que su participación dentro de temas de la salud y seguridad es crucial para lograr sistemas de salud más seguros, se requiere empoderar a los ciudadanos para que los lograr sistemas de salud más seguros. Este empoderamiento dado al paciente es considerado como una medida crucial, según la OMS define el empoderamiento como el proceso por medio del cual los usuarios obtienen control sobre las decisiones y acciones que están relacionadas directamente a temas que afectan su salud. Todo ello implica lograr que el usuario logre la comprensión de su propio rol en la promoción, mantenimiento, vigilancia y restablecimiento de su salud, así también como el desarrollar en el conocimiento y las habilidades necesarias y suficientes para poder sumergirse completamente en la mejora de su salud; además de lo anterior, es fundamental la presencia de un ambiente facilitador para su participación. Con todo esto se busca que para lograr el reto de la calidad y la seguridad de la atención a los usuarios, necesitamos un compromiso institucional, multidisciplinario, interdisciplinario y a nivel individual tanto por parte de los prestadores de la salud como por el propio usuario receptor de la atención. La participación y contribución de todos y cada uno de los actores sociales involucrados en

el campo de la salud permitirá garantizar que la atención que se proporcione cumpla con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios; la co-responsabilidad de todos es fundamental. Existe evidencia de múltiples avances, a nivel local, nacional e internacional; sin embargo, las diferencias en la calidad y seguridad que se proporciona en las diversas instituciones siguen siendo notorias, se requiere un mayor esfuerzo para afirmar que la atención que se proporciona a todo usuario independientemente del tipo de institución a la que acuda a solicitar atención, es de calidad y libre de riesgo.

Satisfacción del usuario

Que el usuario salga satisfecho después de una atención es uno de las metas y deseos que todo profesional de salud busca al prestar servicios de alta calidad. Dado que estos resultados definitivamente van a influir de tal manera en su desempeño profesional, es una aspiración muy valiosa. La satisfacción del usuario va a influir de tal manera que el paciente continuara atendiéndose con dicho profesional o busque otro proveedor de servicios de salud. Donde el decida buscar la atención, y la disposición a solventar los servicios cueste lo que cueste. Su disposición a seguir las indicaciones o no del profesional, la actitud y decisión de regresar o no al proveedor de salud, determinara si recomienda o no a sus amigos familiares amigos o conocidos y talvez de que hable mal de él. La calidad brindada y los esfuerzos realizados por el profesional o el centro de salud, no son los únicos determinantes para que el usuario salga satisfecho si no también es la expectativa del tratamiento del resultado de este. El usuario generalmente encontrara satisfacción cuando encuentra lo que busca o no si es lo contrario. Puede darse el caso en que las expectativas del usuario no es muy exigente o no tiene expectativas y se conforma con todo lo que se le dé entonces se complace con lo que se le brinda aunque los servicios sean medianamente deficientes.

Los usuarios algunas veces pueden percibir la calidad de atención de una manera equivocada, estas expectativas que tiene influyen de una u otra manera en forma significativa en la actitud de los prestadores de servicio, y por ende la calidad de atención se ve disminuida. Los usuarios muchas veces desean poner las reglas sugiriendo análisis pruebas exámenes que no son necesarios creyendo que si se realizan estos procedimientos entonces si su atención es de buena calidad, La información y concientización a los usuarios de cuáles son los procedimientos importantes de la atención adecuada son aspectos muy importantes para un servicio de buena calidad.

Que el usuario salga satisfecho de su atención es un buen indicador de una buena calidad de servicios. Pese a ello es difícil medir la satisfacción del usuario. Las técnicas métodos y maneras para recolectar la información del usuario por medio de datos pueden repercutir en el veredicto que proporcione el paciente cuando este frente a una encuesta. Así también, el uso de los servicios de salud como los resultados de tales servicios en la salud (por ejemplo, la existencia de efectos de segundo plano) probablemente afectaran la satisfacción del usuario a un nivel que no indique el proceso de prestar atención. Con el proceso de recolectar medir y analizar datos para ver el grado de satisfacción del usuario, se propone usar técnica de entrevistas una vez que el paciente haya salido de la consulta, preguntando a los pacientes que expresen lo que sucedió dentro de la consulta en vez de evaluarlo. Dentro de las entrevistas a fondo y durante las conversaciones de grupo se podrá averiguar para recabar una buena información minuciosa, en vez de hacer un interrogatorio con preguntas estandarizadas sobre la satisfacción. Esto se puede hacer mediante un ciudadano de la comunidad de manera incógnita es decir anónimo sin identificación o y formatos que lo hagan formal, lo puede hacer mientras espera su turno de atención, de ese modo puede evaluar la satisfacción del usuario.

Elevando las expectativas del usuario

Generar una buena expectativa de buena calidad de atención entre los usuarios de manera que estos demanden servicios de buena calidad. Los Establecimientos de Salud están en la capacidad de instruir a los usuarios sobre la calidad de atención para que estos usuarios deben aguardar y modificar los ideas falsas de muchas maneras; por ejemplo usar folletería y banner dentro de los Establecimientos patrocinar reuniones charlas y comunitarias así como los medios de comunicación tanto escrito y hablado .El motivo principal es de mostrar prototipos de comportamiento, es decir, establecer un comportamiento deseable para ser imitado por los usuarios, de esa manera se pueda cambiar las actitudes erradas de los usuarios y así también de los mismos profesionales de la salud. Se puede lograr estos objetivos también presentando simulaciones o socio dramas de visitas a los Establecimientos de Salud por medio de los servicios masivos de comunicación, pudiendo demostrar cómo debe ser la atención de buena calidad tanto para los usuarios y a los profesionales de salud; por ello, se debe organizar innovaciones y elevar las normas de calidad, mostrando a los profesionales de la salud como personas respetuosas y atentas. Del mismo modo presentándolos a los usuarios como participantes en su propia atención. Asimismo, se debe enseñar a los profesionales como mejorar las habilidades de interacción frente a los usuarios.

Uno de los enfoques, debe ser elevar la imagen la imagen pública de los profesionales y personal de la salud, por medio de capacitaciones en sus habilidades. Promoviendo la imagen de que los profesionales de la salud son muy preparados y se interesan en atender la salud de sus usuarios, las campañas de comunicación deben ser los medios para elevar las expectativas de la población en lo que respecta a una buena calidad de atención. Cualquier tipo de información dirigida hacia la población debería

centrarse y orientarse a la capacitación y a otros esfuerzos que eleven la calidad de atención.

Tabla N° 01

Los Derechos del usuario y necesidades del prestador de servicios

Derechos del usuario	Necesidades del prestador de servicios
1. Información sobre la atención integral del paciente.	1. Capacitación en habilidades técnicas y comunicativas.
2. Acceso a todos los sistemas de prestación de servicios y a todos los prestadores de servicios.	2. Información sobre asuntos técnicos, actualizada con regularidad.
3. Opción de adoptar, cambiar o discontinuar servicios.	3. Infraestructura, incluso instalaciones físicas apropiadas y organización eficaz.
4. Seguridad en la práctica atención integral.	4. Suministros de métodos quirúrgicos y equipo.
5. Selección de profesionales de la salud y los planes.	5. Privacidad durante las consultas y los exámenes físicos.
6. Respaldo de otros profesionales de salud y de otros niveles de atención.	6. Confidencialidad de toda información personal.
7. Respeto y reconocimiento de los profesionales del centro, personal técnico y otros.	7. Tener a su disposición recursos .
8. Revelación de Información.	8. Confort mientras brinda los servicios.
9. Respeto y no discriminación.	9. Igualdad de oportunidades para su desarrollo personal.
10. Participación en las decisiones del tratamiento.	10. Percibir remuneración por los servicios prestados.

Fuente: Manual de información y atención del usuario CCOSALUD eps-2-2012

Reducción del tiempo de espera del usuario

El tiempo de espera a través de las largas esperas siempre son tan comunes en los Establecimientos de Salud se debe constantemente a la ausencia de un programa sistematizado de citas, la falta de puntualidad del personal de salud, no existe un correcto manejo de administrativo de los archivos médicos que se considera aceptable la espera hasta 150 minutos. Debe haber una gestión que administre el correcto manejo

de un sistema de citas y un plan de motivación para el personal de salud, que reduciría la espera promedio.

Ante esta situación se debería hacer un seguimiento del flujo de usuarios, registrando la hora de llegada hasta el momento de su partida del establecimiento de salud. A este efecto, se debe analizar el flujo de usuarios en la que se anota la hora de llegada de cada usuario y la duración del tiempo que pasó con el personal. Registrar resúmenes y anotaciones en barras o escalas de resumen, Entonces el personal de salud tiene un registro exacto de cuánto tiempo esperan los usuarios, cuanto tiempo pasan con el profesional en consulta y donde se demoran.

Adecuación de Sistemas de Información

El objetivo de poder medir las Normas de Calidad definidas durante los procesos de asistencia al paciente, los Sistemas de Información deben adaptarse. Para ello, las actividades necesarias a seguir son las siguientes:

Análisis de Normas de Calidad de procesos y capacidad de medirlas con los sistemas de información actuales.

- Propuesta de adaptación de los actuales Sistemas de Información.
- Modificación de los Sistemas de Información.
- Desarrollo de Estructuras Informales de Calidad en los Establecimientos de Salud

Como soporte a la estrategia de implantación de Grupos de Mejora, se hace necesario el impulso en los Establecimientos de Salud de estructuras informales de calidad que puedan apoyar el desarrollo de estos grupos desde el punto de vista metodológico. Estas estructuras deberán tener carácter inter nivel y pueden ser referentes en otros niveles, tanto para la gestión del mapa de procesos como para el asesoramiento de los equipos directivos a la hora de impulsar acciones de mejora.

Sistemas humanos y técnicos

Los sistemas humanos organizan a las personas. Incluyen salarios e incentivos, administración y supervisión, así como capacitación y desarrollo del personal. Los sistemas técnicos están relacionados específicamente con el trabajo de una organización, por ejemplo, el sistema de prestación de servicios en el campo de la salud.

En cualquier organización pueden surgir problemas debido a las debilidades en el sistema humano, como la falta de motivación causada por salarios inadecuados, o en el sistema técnico, como la falta de suministros debido a una logística deficiente. Cada sistema afecta al otro, como cuando las fallas en el sistema técnico frustran los esfuerzos de los trabajadores por hacer un buen trabajo y reducen la motivación. A la misma vez, dichos problemas en el sistema humano, tales como los conflictos entre empleados, la falta de comunicación y el temor, pueden paralizar el sistema técnico.

El corregir los procesos defectuosos ayuda a mejorar el desempeño del personal.

Aún los empleados más concienzudos no pueden hacer un buen trabajo si los sistemas de los cuales dependen son deficientes: por ejemplo, si los empleados no tienen suficiente capacitación, equipo, supervisión o una idea clara de sus responsabilidades. Una vez que los gerentes ven las deficiencias en el desempeño del personal como un síntoma del fracaso, en vez de su causa, ellos dejan de culpar a los empleados por sus problemas. Los empleados entonces dejan de estar a la defensiva y pueden enfocarse en encontrar y corregir las causas reales del desempeño deficiente.

Motivar la participación del personal y el trabajo de equipo

El conocimiento y la experiencia de los miembros del personal figuran entre los recursos más importantes de una organización. Los empleados que realizan una tarea diariamente saben mejor que nadie qué contratiempos pueden ocurrir y por qué.

También pueden tener las ideas más prácticas sobre cómo mejorar el proceso. Para

mejorar la calidad, en el nivel más alto deben reconocer y valorar el conocimiento y la experiencia de los miembros del personal en cada nivel. Además, deben otorgar a los miembros del personal la autoridad y responsabilidad para mejorar la calidad. Así facultados, los miembros del personal generalmente pueden resolver problemas y mejorar la calidad rápida y eficazmente.

Los empleados que participan en la toma de decisiones generalmente se sienten comprometidos a lograr que las medidas propuestas funcionen. La participación generara entusiasmo y aumenta la motivación de los empleados. El resolver problemas, aun cuando son pequeños o sencillos, constituye un logro para los miembros del personal y les aumenta la confianza en sí mismos.

Implicancias de la satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.

Para el Ministerio de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un

servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad. Al respecto Diprette y Col. refieren que en los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está, entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente, de tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios de salud, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos respectivamente.

Asimismo, Delbanco y Daley refieren que la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importante de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento. Para estos autores la satisfacción del cliente puede influir en: El hecho que el usuario procure o no procure atención.

El lugar al cual acuda para recibir atención. El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios. El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios. El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.

El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

Según Cantú, la calidad de servicio o satisfacción del usuario es más difícil de medir, no se puede almacenar, es complicada de inspeccionar, no se puede anticipar un resultado, no tiene vida, solo duración muy corta, se ofrecen bajo demanda, depende mucho de las personas de menores sueldos; todo esto hace que la calidad de un servicio sea juzgada por el cliente en el instante en que lo está recibiendo, lo que Calzan (citado por Cantú) popularizó como "los momentos de la verdad". Los momentos de la verdad

ocurren durante la interacción personal entre el que proporciona el servicio y quien lo recibe.

Al respecto, Cantú considera que los principales factores que determinan la satisfacción del usuario son el comportamiento, actitud y habilidad del empleado en proporcionar el servicio, el tiempo de espera y el utilizado para ofrecer el servicio; y, los errores involuntarios cometidos durante la prestación del mismo. Asimismo, en lo que respecta a las actitudes se espera que el servidor sea amistoso, atento, responsable, educado, amable, cortés, etc. Su apariencia se ve influenciada por el uso de vestimenta apropiada, la limpieza y el aspecto general de su persona. En cuanto al comportamiento, debe ofrecer respuesta rápida, dar explicaciones claras, mostrar respeto al cliente, utilizar un lenguaje adecuado y saber escuchar con atención al cliente.

Thompson y Col. refieren que la satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Según la Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos del Ministerio de Salud, los usuarios en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella cuando participan en las encuestas. La satisfacción del usuario expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas.

Asimismo, es posible que el paciente diga estar satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro debido a las normas culturales en contra de las quejas o porque responden positivamente a la palabra "satisfecho". Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada,

sus expectativas, pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituye buena calidad; en respuesta a tales exigencias, ha habido casos de médicos que han recetado medicamentos innecesarios para satisfacerlos. El orientar a los usuarios e informar al público respecto a lo que constituye la atención apropiada es un aspecto importante en la prestación de servicios de buena calidad. Los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aún en los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajo como el 5% deben tomarse en cuenta seriamente. Asimismo, cuando se asume la responsabilidad de analizar información planteada como queja, hay que ser conscientes de las acepciones aceptadas para este término:

- Expresión del dolor.
- Manifestación de disconformidad, disgusto o descontento.
- Motivo de queja.
- Recurso a interponer por la parte interesada en contra de algo.
- Querrela.

Por tal motivo las quejas se deben analizar con detenimiento pues ayudan a detectar insuficiencias, fallas de calidad o errores de organización. Se considera además que los reclamos son la punta del iceberg del conjunto de quejas de los usuarios, ya que el ciudadano teme que las críticas a los profesionales o a las instituciones sanitarias, particularmente en situación de hospitalización, puedan dar lugar a represalias. Las quejas no solo se deben contestar con prontitud y veracidad, sino también entrevistarse con la persona que reivindica para conocer de primera mano la razón de la protesta y contribuir así a su posible remedio.

Tiempo de espera

El tiempo de espera promedio desde que un paciente llega a un establecimiento de salud, público o privado, hasta que es atendido en un consultorio médico. Muchas veces se dice que la palabra paciente tiene su origen en la paciencia que debe tener una persona a la hora de ser atendida, aunque su origen es otro. Según leemos por ahí, "paciente" es un préstamo del latín "patiens" o "patientis", el participio presente del verbo "pati", que significa sufrir o aguantar. Vamos, la misma raíz que "padecer". Hoy no hablaremos de la espera para una prueba, intervención o consulta, ese tiempo que se calcula y forma parte de la famosa "lista de espera". Nuestra intención es esbozar unas cuantas líneas sobre la espera previa al momento clave, es decir, el tiempo que el paciente pasa en la sala de espera o donde sea, haciendo tiempo hasta que le toca su turno.

En el reciente Barómetro Sanitario 2009, la puntuación del tiempo de espera hasta entrar en consulta obtenía una nota media de 5,56 en atención primaria y de un 5,45 en el hospital. Lógicamente al paciente le afecta tanto la espera incierta (¿cuándo me operarán?) y la espera cierta (en un rato me atienden). Dicha espera a veces depende del paciente (los que llegan mucho antes por ejemplo), otras del profesional (agenda, tiempo ajustado para cada paciente, empezar tarde, interrupciones) y por supuesto otras del propio proceso (mala planificación, triaje, derivación indebida). Pero no es nuestra intención buscar culpables ya que según las experiencias personales, tendremos una u otra percepción. ¿Hay soluciones sencillas de implantar? Si no podemos cambiar a corto plazo ninguna de las causas citadas, siempre podemos actuar sobre el propio tiempo de espera y su entorno. Salas de espera diferente, más alegre, con distracciones como una televisión, zona de lectura o incluso de internet, preparadas para que la espera no

parezca eterna. Si ya sólo el color de la pared es clave para conseguir un cambio de actitud.

En Estados Unidos dan mucha importancia a las zonas de espera y están perfectamente acondicionadas. Incluso hay profesionales que publicitan el corto tiempo de espera para el tratamiento. Incluso este artículo del New York Times anima a los pacientes a pedir un descuento cuando les hagan esperar. ¿Es tan importante como parece o se trata de un mal menor y asumible? Diferenciar lo importante de lo crucial es complicado, pero si el paciente es el centro del sistema, su tiempo también debe serlo. Nosotros nos decantamos por un mejor diseño de todos los procesos, conocer los flujos de pacientes y saber aproximadamente cuanto tiempo deberíamos dedicar a cada paciente. Un ejemplo sería que el paciente pudiera escribir cuando pide la cita previa un resumen de lo que le pasa o crear una consulta telefónica previa con el mismo objetivo.

Reducción del tiempo de espera del usuario

Las largas esperas son tan comunes en los Establecimientos de Salud debido frecuentemente a la falta de un sistema de citas, al horario inapropiado del personal, al deficiente manejo de los archivos médicos que se considera aceptable las esperas de hasta 150 minutos. En este caso, el equipo de mejoramiento de calidad debe reorganizar sus acciones, incluyendo el establecimiento de un sistema de citas y un plan de incentivos para el personal de salud, redujeron la espera promedio.

A este efecto, se debe analizar el flujo de usuarios en la que se anota la hora de llegada de cada usuario y la duración del tiempo que pasó con el personal. Con la ayuda de gráficos y hojas de resumen, los miembros del personal entonces pueden calcular por cuánto tiempo esperan los usuarios, cuánto tiempo pasan en contacto directo con los miembros del personal y dónde ocurren los mayores retrasos.

Distribución de Recursos

La forma en que los recursos son distribuidos influye en la calidad de los servicios. Los recursos materiales, es decir, la cantidad y las clases de instalaciones, equipo y suministros, determinan qué servicios se pueden ofrecer y cuán accesibles son. Los recursos humanos —las calificaciones de los proveedores, oportunidades de capacitación y políticas de supervisión— determinan el nivel de conocimiento de los prestadores de servicios y qué servicios pueden prestar. Los arreglos de la organización —la distribución de autoridad y responsabilidad— determinan si los prestadores de servicios se sienten motivados o desalentados. Se debe planear los servicios de manera realista, tomando en cuenta los recursos de los Establecimientos de Salud. La atención segura y eficaz exige un nivel mínimo de recursos. La falta de recursos adecuados puede obligar a tomar decisiones difíciles como parte del proceso del diseño de la calidad: por ejemplo, si se debe limitar la cantidad de servicios o reducir la cantidad de personas atendidas.

Al proyectar los costos, los gerentes en coordinación con la Unidad Departamental de Calidad y el Equipo Institucional deben planear para lo inesperado y proteger la calidad de los servicios incluyéndola en el presupuesto, permitirá a los gerentes responder frente a eventos no anticipados sin perjudicar los servicios rutinarios ni sobrecargar al personal. Para calcular cuánta flexibilidad se debe permitir se requiere experiencia, pero mientras menos predecible sea el ambiente, más flexibilidad será necesaria.

Tiempo de espera no mayor de 20 minutos

La atención que se brinda a los usuarios que acuden a los servicios representa no solamente un valor social de los usuarios hacia los servicios sino también la capacidad de respuesta inmediata de los servicios. El tiempo de espera es uno de los factores que

influye en la satisfacción del usuario externo y en las expectativas del prestador de servicios; y a su vez, es sinónimo de insatisfacción. Al evidenciar el tiempo promedio que espera el paciente en los 48 servicios de consulta externa para la atención de salud, se podrán identificar oportunidades de mejora de la calidad del servicio.

Justificación

La valoración de la calidad de servicio desde el punto de vista del usuario externo, cada vez, es más frecuente, por ende, es posible lograr en el usuario un conjunto de conceptos y actitudes en relación con el servicio recibido, los cuales beneficiará al centro que brinda los servicios de salud y al usuario satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

En cuanto a la satisfacción es la percepción que tiene el usuario de que sus necesidades han sido satisfechas. La satisfacción del usuario externo es el grado de cumplimiento del compromiso que tiene la organización de salud, respecto a las expectativas (lo que espera) y percepciones (lo que se le brinda) del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.

Es por ende que un establecimiento de salud tiene que preocuparse y esforzarse por brindar un servicio de calidad para poder generar niveles altos de satisfacción, ya que estos a la vez nos indicaran que dichas instituciones están trabajando de una forma adecuada en todas sus instancias.

Justificación teórico

Para lograr impulsar las estrategias de fortalecimiento de Los servicios de salud, ampliar la cobertura del aseguramiento en salud y fortalecer el proceso de descentralización, se demandó como necesario modificar el modelo de atención de salud, lo que requirió un largo proceso de consideración, a nivel nacional e internacional, sobre los determinantes de la salud. ". El modelo orienta los términos

bajo los cuales organizan y desarrollan sus actividades los servicios, la manera como otros sectores se complementan con el Sector Salud y la manera como los recursos del Estado son colocados para mejorar la salud de la población. A nivel Ministerial se pasa de 16 programas organizados en base al manejo de daños a solo tres direcciones estructuradas en función a las etapas de vida del individuo. También se mejora el papel de rectoría y asistencia técnica del MINSA en la organización y funcionamiento de los servicios.

Justificación epistemológica

Como profesional preocupado por la salud de los usuarios externos considero la necesidad de abordar el estudio de la atención de la salud como un todo en donde cada una de las partes que la conforman es relevante pues se entiende que no hay subordinación para generar los resultados deseados, lo que me ha llevado a repensar el que hacer histórico de la atención de la salud en el trabajo bajo premisas epistemológicas.

Justificación legal

Ley General de Salud. LEY N° 26842. CONCORDANCIAS: D.S.N° 007-98-SA. R.S. N° 196-2001-SA. D.S. N° 013-2001- SA. La Ley General de Salud establece la forma de organización y las competencias o atribuciones de los servicios de salud, pero principalmente, especifica la forma en que deben ser tratadas todas las personas, para dar solución cualquier problema de salud, indistintamente de nuestra edad, sexo, condición física y social, religión, tendencia política o afiliación a alguna institución en particular. La atención médica es el conjunto de prestaciones que se proporcionan al usuario, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Las actividades de atención médica que ofrecen los servicios de salud son: Preventivas, que abarcan las de promoción y educación para la salud y las de protección específica. Curativas, que

tienen como base, establecer un diagnóstico y proporcionar un tratamiento oportuno. De rehabilitación, que incluyen acciones dirigidas a corregir las invalideces físicas o mentales. Lo más importante de la ley es que establece que: Toda persona tiene derecho a la protección de su salud y que no se puede renunciar a este derecho. Toda persona tiene el derecho al libre acceso a cualquiera de las prestaciones de salud y a elegir el sistema de su preferencia. Toda persona tiene derecho a reclamar que los bienes destinados a la atención de su salud tengan las características indicadas en su presentación. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud sean de calidad y los procedimientos y prácticas institucionales sean profesionales.

Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite o si el problema que representa grave riesgo para su vida o su salud sin ninguna discriminación. Ninguna persona puede ser sometida a ningún tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona a quien el enfermo designe como su representante legal, a menos que sea requerida una intervención de emergencia y no haya ninguna persona que la autorice.

Justificación metodológica

Conoceremos si la prestación de los servicios es buena, contribuyendo a satisfacer las expectativas del cliente. A través de la investigación se determinara si la atención se realiza con calidad y calidez. De esta manera contribuir a mejorar los servicios que se encuentren con deficiencias y satisfacer al usuario externo. Así mismo lograr el cambio de actitudes y comportamientos del personal de salud atreves de la capacitación considerando el lema” Personas que atendemos Personas”.

1.4 Formulación del problema

La satisfacción del usuario en el sector salud es y ha sido un tema ampliamente tratado desde muchas décadas atrás, su definición, interpretación y evaluación continua sigue siendo polémica y compleja, debido a los múltiples factores involucrados en su constructo.

El tiempo de espera en la satisfacción del usuario es un tema muy común y frecuente dentro de los centros hospitalarios y las postas medicas no son ajenos a ello, ver las incomodidades del usuario y las quejas y molestias frecuentemente , nos lleva a ver cómo se puede solucionar , así mismo ver que muchos pacientes tienen seguridad y confianza en los profesionales que sienten que su espera es muy justificada, ya que merece la pena por la calidad de atención que recibe, entonces es relativo ver que la espera siempre genera incomodidad en los paciente, algunos esperan porque es el único medio de acceso a un servicio de salud, otros porque tienen lealtad al centro de salud , otros lo hacen por ahorro ya que los servicios particulares son muy caros, entonces es variable los motivos para asimilar el tiempo de espera o incomodarse, por ello.

Este estudio de investigación pretende saber si el tiempo de espera interviene en la satisfacción del usuario, para ello se realizó diferentes medios de encuestas y métodos, que nos ayudaran a saber su relación.

1.4.1 Problema general

¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la satisfacción de los usuarios del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?

1.4.2 Problemas específicos

Problema específico 1

¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la fiabilidad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?

Problema específico 2

¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la capacidad de respuesta al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?

Problema específico 3

¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la seguridad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?

Problema específico 4

¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la empatía al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?

Problema específico 5

¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con los aspectos tangibles al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?

1.5 Formulación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar la relación del tiempo de espera y satisfacción de los usuarios del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

1.5.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la fiabilidad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Objetivo específico 2

Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la capacidad de respuesta al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Objetivo específico 3

Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la seguridad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Objetivo específico 4

Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la empatía al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Objetivo específico 5

Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con los aspectos tangibles al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

1.6 Formulación de hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción de los usuarios del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

1.6.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la fiabilidad al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis específica 2

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la capacidad de respuesta al usuario del el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis específica 3

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la seguridad al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis específica 4

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la empatía al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis específica 5

Existe relación significativa entre el tiempo de espera con los aspectos tangibles al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Capítulo II

Marco metodológico

2.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	ESCALA
Tiempo de espera	Tiempo de e. en Admisión.	1.Nunca
	Tiempo de espera en Triage	2.Casi nunca
	Tiempo de espera para la consulta	3.Algunas veces
	Tiempo de e. en farmacia	4.Casi siempre
	Tiempo de espera en tópico	5. Siempre
Satisfacción del usuario	Fiabilidad	
	Capacidad de respuesta	
	Seguridad	
	Empatía	
	Aspectos Tangibles	

2.2. Variables

Identificación de variables

- Tiempo de espera
- Satisfacción del usuario

La definición según Pascoe: “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria”. La satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio.

2.3. Metodología

La investigación fue Analítico- Sintético, debido que en un primer momento se ha descrito y caracterizado la dinámica de cada una de las variables, las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández et al., 2010, p. 149).

Según su finalidad es básica, ya que “tiene como finalidad el mejorar el conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales. Se llama básica porque es el fundamento de otra investigación” (Sierra, 2001, p. 32).

Los estudios correlacionales tienen “como propósito conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández et al., 2010, p. 81).

2.4. Tipo de estudio

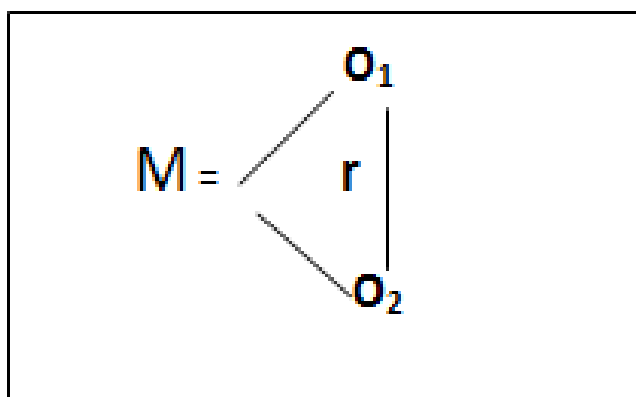
Los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández et al., 2010, p. 80).

Es transversal ya que su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández et al., 2010, p.151). de estudio, seguidamente se ha medido el grado de relación de las variables de Inteligencia emocional y desempeño docente.

2.5. Diseño de estudio

El diseño de la investigación descriptivo - correlacional, ya que no se manipuló las variables de estudio.

Es de tipo no experimental “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional El diagrama representativo de este diseño es el siguiente.



Denotación

- M = Muestra de investigación
- O₁ = Variable 1: tiempo de espera
- O₂ = Variable 2: satisfacción del usuario
- R = Relación entre variables. Coeficiente de correlación.

2.6. Población y muestra

2.6.1. Población

La población estará conformada 1250 usuarios atendidos en consulta externa durante un determinado mes, del centro médico Villa Sol – Chosica 2015

2.6.2. Muestra

Debe señalarse que para la realización de esta investigación la muestra que se seleccionó es de tipo probabilística, por conglomerados conformada por los 256 usuarios teniendo la facilidad de aplicarles la encuesta en un momento determinado antes de su consulta.

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

En donde:

$$\begin{aligned} Z^2 &= 1.96 \text{ (Nivel de confianza = 95\%)} \\ q &= 0.7 \\ p &= 0,3 \\ e &= 0.05 \text{ (5\% de error muestral)} \\ N &= 1250 \end{aligned}$$

Aplicando la formula $n = 256$

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta que consistió en recopilar la información en la muestra de estudio.

2.7.1. Instrumentos de recolección de datos

a) *Instrumento para medir el tiempo de espera*

- **Ficha técnica:**

Nombre : Cuestionario sobre el tiempo de espera

Autor : Johnny BROWN FRETTELL

Lugar : Perú

Objetivo: Determinar el tiempo de espera de atención al usuario.

Administración: Individual.

Tiempo de duración: 20 minutos aproximadamente.

Contenido: El cuestionario contiene 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones: Tiempo de espera en admisión, tiempo de espera en Triage, tiempo de espera para la consulta, tiempo de e. en farmacia y tiempo de espera en tópico, cuyos índices respectivos para este instrumento es como sigue:

1. nunca
2. casi nunca
3. a veces
4. casi siempre
5. siempre

Validez: El instrumento fue validado por juicio de tres expertos.

Dr. GARCIA LEON FRANCISCO.....Temático

Dr. FERNANDEZ SAUCEDO NARCISO.....Estadista

Dr. ROCA AVILA YOVANA.....Metodóloga

Confiabilidad:

Alfa de cronbach de la variable tiempo de espera

Confiabilidad:

Se aplicó una prueba piloto al 10% de la muestra, equivalente a 26 usuarios.

Alfa de cronbach de la variable satisfacción del usuario

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,910	26

El coeficiente Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0, 910 que indica que el instrumento usado es muy alta en la confiabilidad (Valderrama, 2009, p. 166) para los fines de la investigación.

Posteriormente con las sugerencias recibidas y las modificaciones realizadas, se tomara la encuesta al 100% de usuarios según la muestra, atendido durante un determinado mes del centro de salud Villa del Sol – Chosica 2015.

b) Instrumento para medir la satisfacción del usuario

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario sobre la satisfacción del usuario

Autor : Johnny BROWN FRETTELL

Lugar : Perú

Objetivo: Determinar la satisfacción del usuario

Administración: Individual.

Tiempo de duración: 20 minutos aproximadamente.

Contenido:

El cuestionario contiene 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones: Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles, cuyos índices respectivos para este instrumento es como sigue:

1. nunca
2. casi nunca
3. a veces
4. casi siempre
5. siempre

Validez: El instrumento fue validado por juicio de tres expertos.

Dr. GARCIA LEON FRANCISCO.....Temático

Dr. FERNANDEZ SAUCEDO NARCISO.....Estadista

Dr. ROCA AVILA YOVANA.....Metodóloga

Confiabilidad:

Alfa de cronbach de la variable satisfacción del usuario.

Confiabilidad:

Fue aplicado una prueba piloto al 10% de la muestra, equivalente a 26 usuarios.

Alfa de cronbach de la variable satisfacción del usuario

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,910	26

El coeficiente Alfa de Cronbach arrojó un valor de 0, 910 que indica que el instrumento usado es muy alto en la confiabilidad (Valderrama, 2009, p. 166) para los fines de la investigación.

Posteriormente con las sugerencias recibidas y las modificaciones realizadas, se tomará la encuesta al 100% de usuarios según la muestra, atendido durante un determinado mes del centro de saludo Villa del Sol – Chosica 2015.

2.8. Consideraciones éticas

Dentro de cada investigación en que participen personas deberá estructurarse y ampararse estar centrado en una base de cuatro principios éticos básicos, a saber, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Dándose por sentado constantemente que estos cuatro principios guían la elaboración a conciencia de propuestas para todo tipo de estudios científicos. No aplicándose en algunas circunstancias diversas, solo así se pueden expresarse de manera distinta y se les puede dar una importancia diferente, y su aplicación de absoluta buena fe, puede tener efectos diferentes y provocar decisiones o cursos de acción diferentes.

Capítulo III

Resultados

Descripción

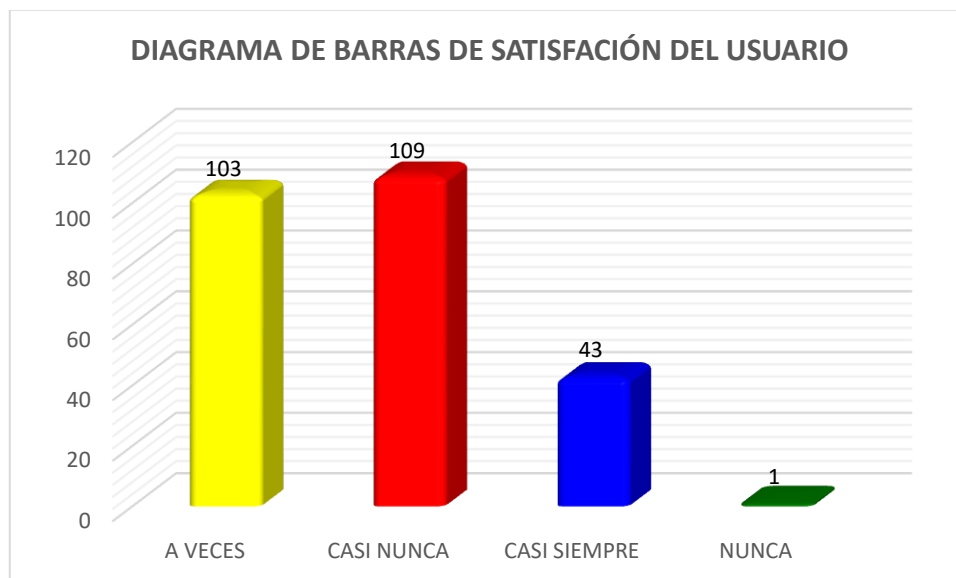
Tabla 03

Tiempo de Espera Predominante en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	A VECES	103	40.2
	CASI NUNCA	109	42.6
	CASI SIEMPRE	43	16.8
	NUNCA	1	0.4
	Total	256	100.0

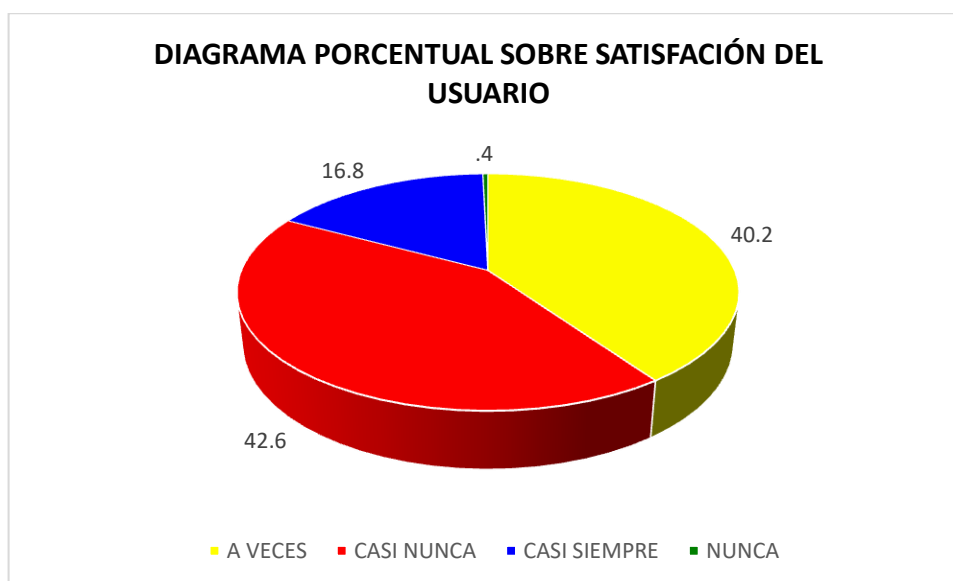
Fuente: Cuestionario aplicado usuarios



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
Figura: 01 Diagrama de barras de satisfacción del usuario.

Interpretación:

De la tabla 3 y figura 1, se observa que 109 usuarios consideran que en los centros de salud casi nunca se encuentran satisfechos al momento de ser atendidos, mientras que solo 1 encuestado manifiesta que nunca se siente satisfecho al momento de ser atendido.



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
Figura: 02 Diagrama porcentual sobre satisfacción del usuario.

Interpretación:

De la tabla 03 y figura 2, se observa que el 42.6% de usuario consideran que en los centros de salud casi nunca se encuentran satisfechos al momento de ser atendidos, mientras que solo 0.4% de los encuestados manifiestan que nunca se encuentran satisfechos al momento de ser atendidos.

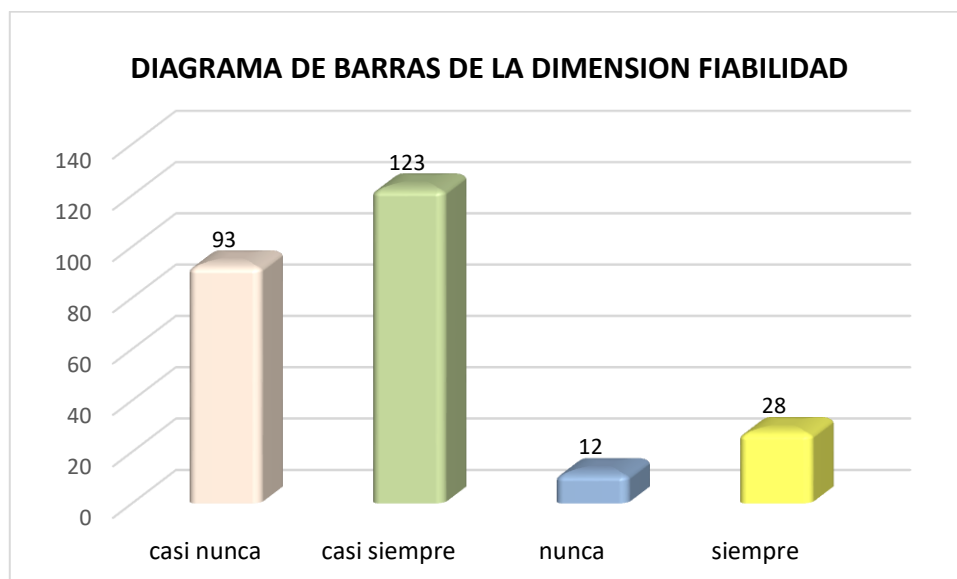
Descripción

Tabla N° 04

La fiabilidad es predominante en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015.

FIABILIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje
	casi nunca	93	36,3
	casi siempre	123	48,0
Válidos	nunca	12	4,7
	siempre	28	10,9
	Total	256	100,0

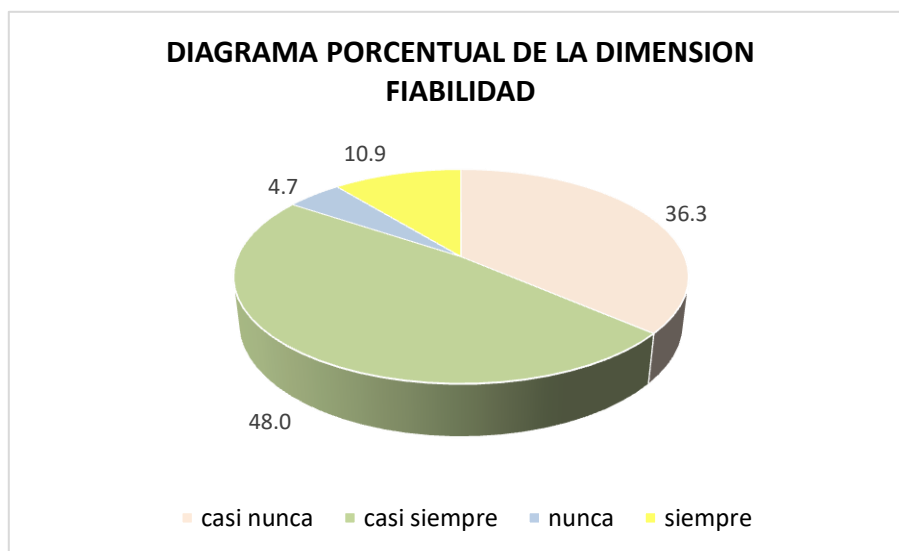
Fuente: Cuestionario aplicado usuarios



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 03 Diagrama de barras de la dimensión fiabilidad

Interpretación:

De la tabla 04 y figura 03, se observa que 123 usuarios consideran que en los centros de salud casi siempre son fiables en su atención, mientras que solo 12 encuestados manifiestan que nunca son fiables en la atención.



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 04 Diagrama porcentual de la dimensión fiabilidad.

Interpretación:

De la tabla 04 y figura 4, se observa que el 48% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre son fiables en la atención, mientras que solo 4.7% de los encuestados manifiestan que nunca son fiables en la atención.

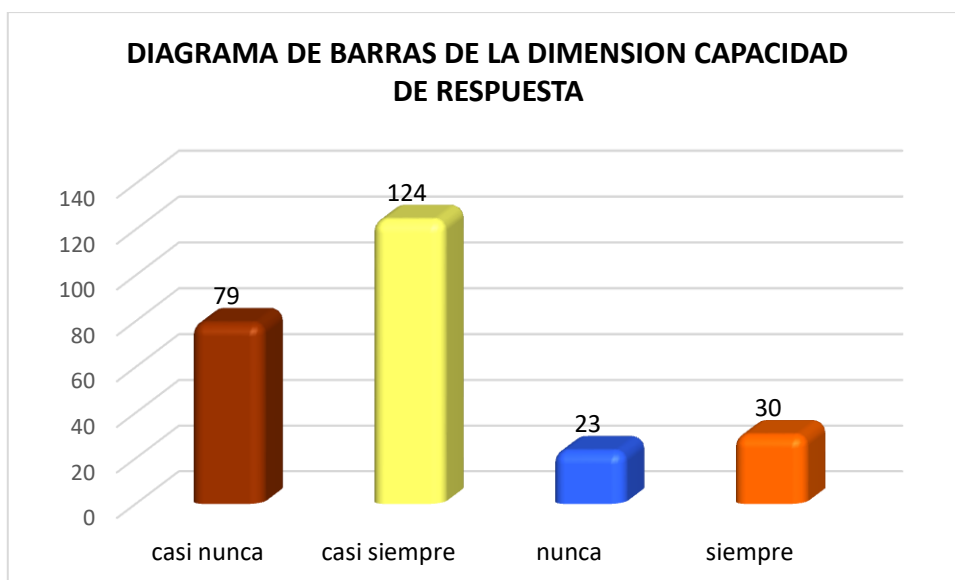
Tabla N° 05

La capacidad de respuesta es predominante en el Puesto de Salud "Villa del Sol" Lurigancho-Chosica 2015.

CAPACIDAD DE RESPUESTA

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos casi nunca	79	31
casi siempre	124	48
nunca	23	9
siempre	30	12
Total	256	100.0

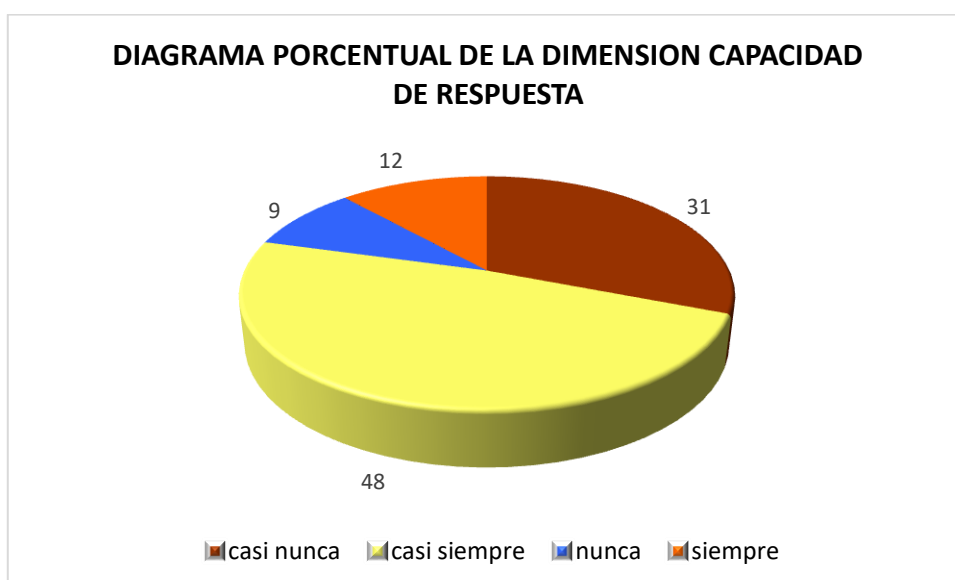
Fuente: Cuestionario aplicado usuarios



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 05 Diagrama de barras de la dimensión capacidad de respuesta

Interpretación:

De la tabla 05 y figura 05, se observa que 124 usuarios consideran que en los centros de salud casi siempre existe capacidad de respuesta, mientras que solo 23 encuestados manifiestan que nunca existe capacidad de respuesta.



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 06 Diagrama porcentual de la dimensión capacidad de respuesta

Interpretación:

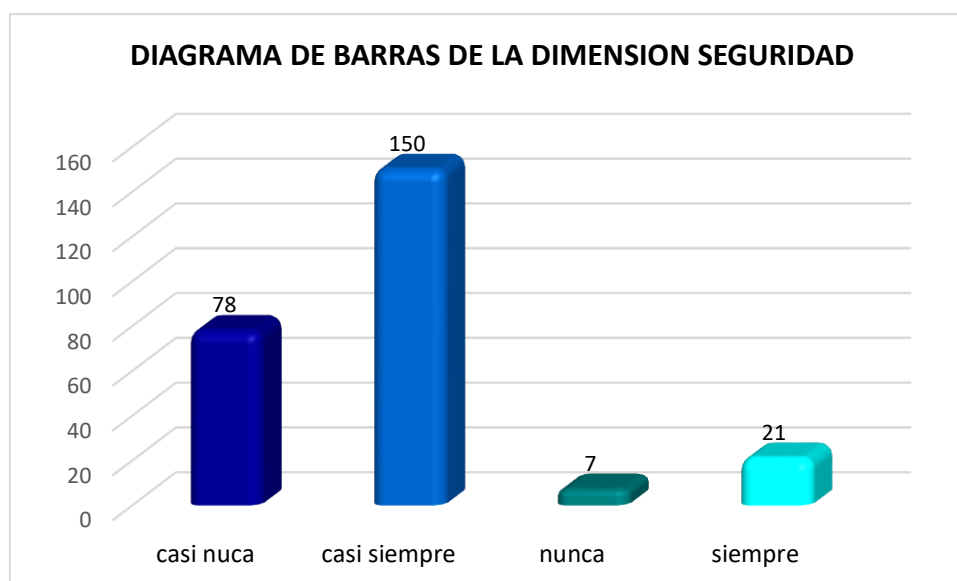
De la tabla 05 y figura 6, se observa que el 48% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre existe capacidad de respuesta, mientras que solo el 9% de los encuestados manifiestan que nunca existe capacidad de respuesta.

Tabla N° 06

La seguridad es predominante en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015.

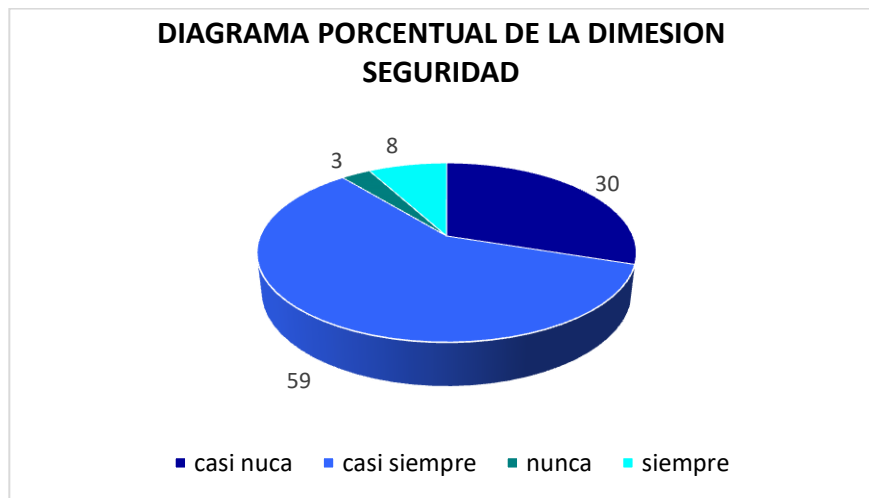
SEGURIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje
	casi nuca	78	30,5
	casi siempre	150	58,6
Válidos	nunca	7	2,7
	siempre	21	8,2
	Total	256	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado usuarios



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 07 Diagrama de barras de la dimensión seguridad

Existen 150 usuarios que consideran que en los centros de salud casi siempre existe seguridad, mientras que solo 7 encuestados manifiestan que nunca existe seguridad.



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016

Figura: 08 Diagrama porcentual de la dimensión seguridad

Interpretación:

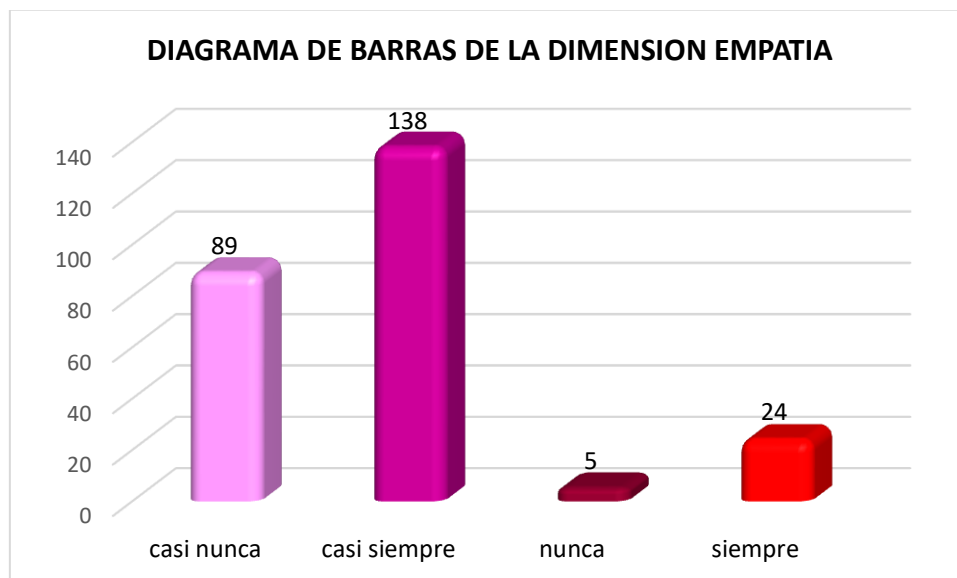
De la tabla 06 y figura 8, se observa que el 59% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre existe seguridad, mientras que solo el 3% de los encuestados manifiestan que nunca existe seguridad.

Tabla N° 07

La empatía es predominante en el Puesto de Salud "Villa del Sol" Lurigancho-Chosica 2015.

EMPATIA			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca	89	35
	casi siempre	138	54
	nunca	5	2
	siempre	24	9
	Total	256	100

Fuente: Cuestionario aplicado usuarios

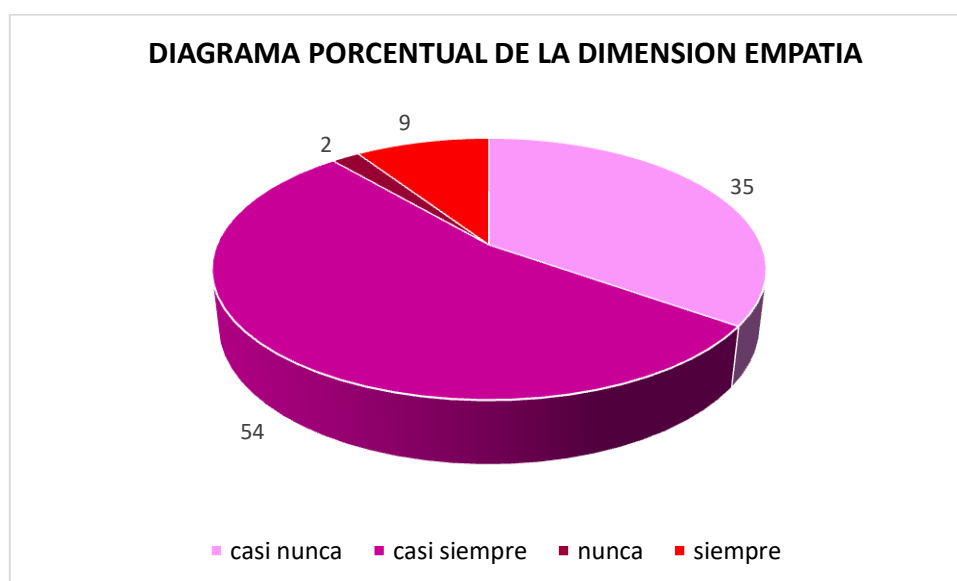


Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016

Figura: 09 Diagrama de barras de la dimensión empatía

Interpretación:

De la tabla 07 y figura 09, se observa que 138 usuarios consideran que en los centros de salud casi siempre existe empatía, mientras que solo 5 encuestados manifiestan que nunca existe empatía.



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016

Figura: 10 Diagrama porcentual de la dimensión empatía

Interpretación:

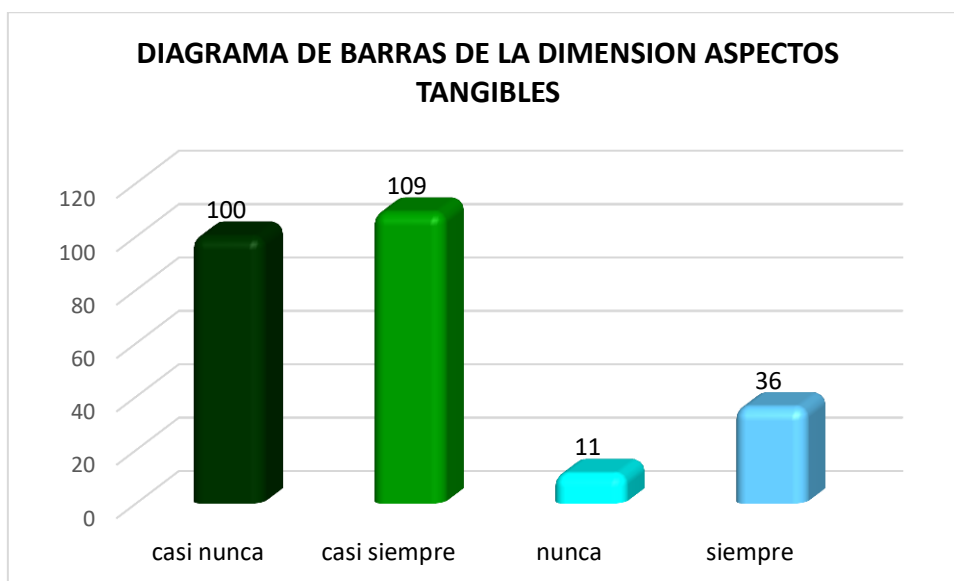
De la tabla 07 y figura 10, se observa que el 54% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre existe empatía, mientras que solo el 2% de los encuestados manifiestan que nunca existe empatía.

Tabla N° 08

Los aspectos tangibles son predominantes en el Puesto de Salud "Villa del Sol" Lurigancho-Chosica 2015.

ASPECTOS TANGIBLES			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	casi nunca	100	39,1
	casi siempre	109	42,6
	nunca	11	4,3
	siempre	36	14,1
	Total	256	100,0

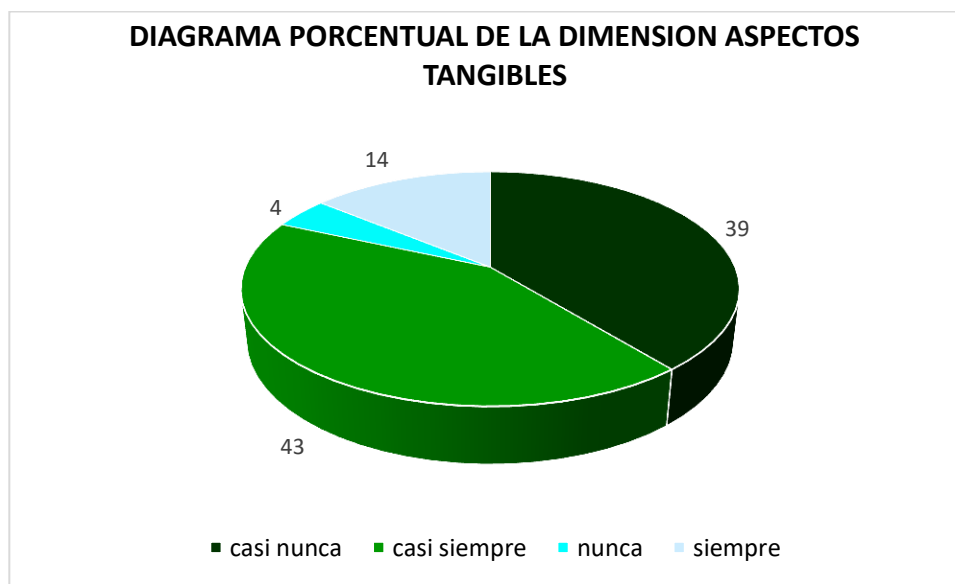
Fuente: Cuestionario aplicado usuarios



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 11 Diagrama de barras de la dimensión aspectos tangibles.

Interpretación:

De la tabla 08 y figura 11, se observa que 109 usuarios consideran que en los centros de salud casi siempre se da el aspecto tangible, mientras que solo 11 encuestados manifiestan que nunca se da el aspecto tangible.



Fuente: Cuestionario aplicado a usuarios-Excel 2016
 Figura: 12 Diagrama porcentual de la dimensión aspectos tangibles

Interpretación:

De la tabla 08 y figura 12, se observa que el 43% de los usuarios consideran que en los centros de salud casi siempre se dan los aspectos tangibles, mientras que solo el 4% de los encuestados manifiestan que nunca se dan los aspectos tangibles.

Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Hipótesis de Investigación

El tiempo de espera se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015.

Hipótesis Estadística

H_0 : El tiempo de espera no se relaciona con la satisfacción del usuario.

H_1 : El tiempo de espera se relaciona con la satisfacción del usuario.

Nivel de Significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.05$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

Función de Prueba

Se realizó la prueba de la Independencia (Pearson), debido a que la variable tiempo de espera es de tipo cuantitativa nominal.

Regla de decisión

Rechazar H_0 cuando la significación observada “ p ” es menor que α .

No rechazar H_0 cuando la significación observada “ p ” es mayor que α .

Cálculos

Hipótesis general			
		TIEMPO DE ESPERA	SATISFACCION DE USARIOS
TIEMPO DE ESPERA	Correlación de Pearson	1	,692**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	256	256
SATISFACCION DE USARIOS	Correlación de Pearson	,692**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	256	260

** . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Hipótesis Especifica 01

Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la fiabilidad al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis Estadística

H₀ : El tiempo de espera no se relaciona con la fiabilidad al usuario.

H₁ : El tiempo de espera se relaciona con la fiabilidad al usuario.

Nivel de Significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.01$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

Función de Prueba

Se realizó la prueba de la Independencia (Pearson), debido a que la variable La satisfacción del usuario es de tipo cuantitativa nominal.

Regla de decisión

Rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es menor que α .

No rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es mayor que α .

Cálculos:

		Correlaciones	
		TIEMPO DE ESPERA	FIABILIDAD
TIEMPO DE ESPERA	Correlación de Pearson	1	,677**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	256	256
FIABILIDAD	Correlación de Pearson	,677**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	256	256

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis Especifica 02

Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la capacidad de respuesta al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis Estadística

H₀ : El tiempo de espera no se relaciona con la capacidad de respuesta al usuario.

H₁ : El tiempo de espera se relaciona con la capacidad de respuesta al usuario.

Nivel de Significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.01$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

Función de Prueba

Se realizó la prueba de la Independencia (Pearson), debido a que la variable La satisfacción del usuario es de tipo cuantitativa nominal.

Regla de decisión

Rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es menor que α .

No rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es mayor que α .

Cálculos:

Correlaciones			
		TIEMPO DE ESPERA	CAPACIDA D DE RESPUESTA
TIEMPO DE ESPERA	Correlación de Pearson	1	,705**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	256	256
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Correlación de Pearson	,705**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	256	256

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis Especifica 03

Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la seguridad al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis Estadística

H₀ : El tiempo de espera no se relaciona con la seguridad al usuario.

H₁ : El tiempo de espera se relaciona con la seguridad al usuario.

Nivel de Significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.01$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

Función de Prueba

Se realizó la prueba de la Independencia (Pearson), debido a que la variable La satisfacción del usuario es de tipo cuantitativa nominal.

Regla de decisión

Rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es menor que α .

No rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es mayor que α .

Cálculos:

		Correlaciones	
		TIEMPO DE ESPERA	SEGURIDAD
TIEMPO DE ESPERA	Correlación de Pearson	1	,642**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	256	256
SEGURIDAD	Correlación de Pearson	,642**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	256	256

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis Especifica 04

Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la empatía al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis Estadística

H₀ : el tiempo de espera no se relaciona con la empatía al usuario.

H₁ : el tiempo de espera se relaciona con la empatía al usuario.

Nivel de Significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.01$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

Función de Prueba

Se realizó la prueba de la Independencia (Pearson), debido a que la variable La satisfacción del usuario es de tipo cuantitativa nominal.

Regla de decisión

Rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es menor que α .

No rechazar H₀ cuando la significación observada “p” es mayor que α .

Cálculos:

Correlaciones			
		TIEMPO DE ESPERA	EMPATIA
TIEMPO DE ESPERA	Correlación de Pearson	1	,673**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	256	256
EMPATIA	Correlación de Pearson	,673**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	256	256

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis Especifica 05

Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el tiempo de espera y los aspectos tangibles al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.

Hipótesis Estadística

H_0 : El tiempo de espera no se relaciona con los aspectos tangibles.

H_1 : El tiempo de espera se relaciona con los aspectos tangibles.

Nivel de Significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.01$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

Función de Prueba

Se realizó la prueba de la Independencia (Pearson), debido a que la variable La satisfacción del usuario es de tipo cuantitativa nominal.

Regla de decisión

Rechazar H_0 cuando la significación observada “ p ” es menor que α .

No rechazar H_0 cuando la significación observada “ p ” es mayor que α .

Cálculos:

Correlaciones			
		TIEMPO DE ESPERA	ASPECTOS TANGIBLES
TIEMPO DE ESPERA	Correlación de Pearson	1	,742**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	256	256
ASPECTOS TANGIBLES	Correlación de Pearson	,742**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	256	256

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Capítulo IV

Discusión de resultados

Luego de haber realizado el proceso de análisis de datos y la descripción de los mismos, se observa en la tabla 3 se observa que el 42.6% de usuario consideran que en los centros de salud casi nunca se encuentran satisfechos al momento de ser atendidos, mientras que solo 0.4% de los encuestados manifiestan que nunca se encuentran satisfechos al momento de ser atendidos.

En relación a la variable satisfacción del usuario, al respecto GAVILÁN (2004) En su tesis titulada, “tiempo y venta: la influencia del tiempo de espera en la satisfacción con el servicio”. Dentro del estudio de las situaciones de espera debe especificarse en qué momento del protocolo de demanda se recaban los datos.

En la tabla 04, se observa que el 48% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre son fiables en la atención, mientras que solo 4.7% de los encuestados manifiestan que nunca son fiables en la atención.

En relación a la dimensión fiabilidad, al respecto PEREZ Y. (2013) en su tesis titulada “repercusión de un modelo organizativo en tiempo de espera, eficacia/eficiencia, satisfacción de pacientes y motivación en un servicio de oncología radioterápica”. La ausencia de un modelo de gestión de estas actividades condiciona

gran variabilidad en la eficiencia de los Servicios y por tanto en costes y amortización de las inversiones en alta tecnología, así como ocasiona malestar en los pacientes y profesionales.

En la tabla 05, se observa que el 48% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre existe capacidad de respuesta, mientras que solo el 9% de los encuestados manifiestan que nunca existe capacidad de respuesta., al respecto RAMIREZ E. (2003) en su tesis titulada “facultad de enfermería trabajo de calidad de la atención en salud desde la perspectiva del usuario Centro materno "Santa Lucia". Dentro de los indicadores de mayor satisfacción de encuentran el trato, atención a sus molestias, examen y explicación a los procedimientos.

En la figura 06 y figura 8, se observa que el 59% de usuario consideran que en los centros de salud casi siempre existe seguridad, mientras que solo el 3% de los encuestados manifiestan que nunca existe seguridad.

En relación a la dimensión seguridad, al respecto GARCIA D. (2013) En su tesis titulada “percepción y expectativas de la calidad de la atención de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud. En las dimensiones de Seguridad como la dimensión de Empatías se presentaron un nivel de satisfacción mayor que las demás dimensiones (51.8% en ambos casos), observándose que en todas las ítems que encierran éstas dimensiones están en proceso de mejora. Sobresaliendo el respeto a su privacidad en el consultorio tiene un menor grupo de usuarios insatisfechos.

Conclusiones

1. Como el valor de significación observada $p \approx 0.000$ es menor al valor de significación teórica $\alpha = 0.05$, se rechaza la hipótesis nula. Ello significa que el tiempo de espera se relaciona significativa con la satisfacción del usuario en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015. Por lo tanto, se acepta la hipótesis general de investigación.

2. Existe una relación positiva y significativa entre el tiempo de espera y la fiabilidad en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015, con un nivel de significancia de 0,01 y con un nivel de correlación alta 0.677 y p-valor = 0,000 < 0,01. Por lo tanto, se acepta la primera hipótesis específica de investigación.

3. Existe una relación positiva y significativa entre el tiempo de espera y la seguridad en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015, con un nivel de significancia de 0,01 y con un nivel de correlación alta 0.705 y p-valor = 0,000 < 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica de investigación.

4. Existe una relación positiva y significativa entre el tiempo de espera y la capacidad de respuesta en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015, con un nivel de significancia de 0,01 y con un nivel de correlación alta 0.642 y p-valor = 0,000 < 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica de investigación.

5. Existe una relación positiva y significativa entre el tiempo de espera y la empatía en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015, con un nivel de significancia de 0,01 y con un nivel de correlación alta 0.673 y p-valor = 0,000 < 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica de investigación.

6. Existe una relación positiva y significativa entre el tiempo de espera y los aspectos tangibles en el Puesto de Salud “Villa del Sol” Lurigancho-Chosica 2015, con un nivel de significancia de 0,01 y con un nivel de correlación alta 0.742 y $p\text{-valor} = 0,000 < 0,01$. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica de investigación.

Recomendaciones

1. El tiempo de atención influye directamente en la satisfacción del usuario del puesto de salud “Villa del Sol” Lurigancho Chosica 2015. Por lo tanto se sugiere considerar para obtener mejores resultados frente al tiempo de espera en los centros de salud.
2. La fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y empatía y aspectos tangibles, influyen directamente en la satisfacción del usuario en puesto de salud “Villa del Sol” Lurigancho Chosica 2015.
3. Se realizan estudios sobre tiempo de espera y satisfacción del usuario externo para de ese modo entender más plenamente la realidad días formas y procedimientos que se lleven a cabo durante la consulta externa en el puesto de salud “Villa del Sol” Lurigancho Chosica 2015.
4. Partiendo de los resultados de la investigación. Se trabaje para formular planes de gestión de mejoramiento relacionados a ese tiempo de espera vinculados con la satisfacción del usuario en consulta en el puesto de salud “Villa del Sol” Lurigancho Chosica 2015.
5. Se puedan realizar estudios comparativos entre los diversos centros de la salud que integran la Micro red de Salud de Chosica, para comprender y obtener respuestas más exactas de acuerdo a los puntos de quiebre en común.

Referencias

1. Acapana, K., Aguado, S., Ariza, A., Barriga, S., y otros. (2012) *Nivel de satisfacción del usuario externo que se atiende en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos en octubre del 2012.*
2. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2005)
3. Cabello, E. y Chirinos, J. (2012) *Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud.* Chile: Rev Med Hered.
4. Chang, M., Alemán, M., Cañizares, M., Ibarra, A. (1999) *Satisfacción de los pacientes con la atención médica.* Ciudad de La Habana: Rev Cubana Med Gen Integr v.15.
5. Deming, E. (1989) *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis.* Ediciones Díaz de Santos.
6. Dierssen, T., Rodríguez, P., Robles-García, M., Brugos, V., Gómez, I., Llorca, J. (2009) *Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria.* An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 32, Nº 3.
7. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. RM N° 727-2009/MINSA. Pág. 13-14.
8. Edwards C, Staniszewska S. (2000) *Assessing the user's perspective.* Health Soc Care Community.
9. Gattinara, B., Ibacache, J., Puente, C., Giaconi, J., Caprara, A. (1995) *Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia.* Rio de Janeiro: Cad. Saúde Públ.

10. Gea, M., García, M., Jiménez, J., Cabrera, A. (2001) *Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves- Servicio de Medicina Preventiva*. Rev Calidad Asistencial.
11. Girón, M., Beviá, M., Medina, E., Talero, M. (2002) *Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales*. Rev Esp Salud Pública.
12. Griffit C.H., Wilson F.F., Langer S y Haist S.A. (2003) *Houese Staff Nonverbal “ommunication Skills and Standardized Patient Satisfaction*. J Gen Intern Med, 18:170-174.
13. Lazo, O. (2005) *Programas de Gestión de Calidad. Manual para su elaboración*. Lima - Perú: UPCH.
14. Ministerio de salud. (2002) *Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud*. Lima: Dirección General de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud.
15. Ortiz, R., Muñoz, S., Torres, E. (2004) *Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalg*. México.
16. Ramírez, E. (2003) Universidad Nacional de Trujillo Facultad de Enfermería. *Trabajo de calidad de la atención en salud desde la perspectiva del usuario Centro Materno “Santa Lucía” de Moche Esther Ramírez García Trujillo-Perú*.
17. Ramírez, T., Nájera, P., Nigenda, G. (1998) *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. México, vol.40.
18. Resolución Ministerial 527-2011-MINSA. *Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo*.

19. Riveros, J. y Berné, C. (2007) *Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing*. Chile: Rev Med Hered.
20. Rodríguez-Legido Cl. (1995) *La medida de la satisfacción con la atención en salud*. Andalucía 1984-1992. Gac Sanit;9:311-5
21. Seclén, J. y Darras, C. (2000) *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados*. Perú.
22. Seclén, J. y Darras, C. (2005) *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados*. Perú: An Fac Med.
23. Seclén, J., Darras, C. (2005) *Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud: 67 Factores Sociodemográficos y Accesibilidad Asociados*. Perú: An Fac Med
24. Solórzano, M. *Marketing de servicios públicos e imagen corporativa*. Material didáctico, Maestría Gestión Pública. FIIAPP. Módulo IX.
25. Traverso, M. y Morais, N. (2004) *Reivindicando a subjetivida de dos usuarios da Rede Básica de Saúde: para uma humanizacao do atendimento*. Cad. Saúde Pública.
26. Williams, G. *Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica - calidad de los Servicios de salud*.
http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf.
27. Wong, Y., García, L., Rodríguez, E. (2003) *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa durante noviembre 2,002*. Matagalpa – Nicaragua.
28. Zastowny, T., Roghman K., Cafferata G. (1989) *Patient satisfaction and the use of health services*. Med Care.

APÉNDICES

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: EL TIEMPO DE ESPERA Y SU RELACION EN LA SATISFACION DE LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD VILLA DEL SOL

	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema general: ¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la satisfacción de los usuarios del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?</p> <p>Problemas específicos: Problema específico 1. ¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la capacidad de respuesta al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?</p> <p>Problema específico 2. ¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la seguridad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?</p>	<p>Objetivo general: Analizar la relación del tiempo de espera y satisfacción de los usuarios del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015 .</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Objetivo específico 1. Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la fiabilidad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015</p> <p>Objetivo específico 2. Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la capacidad de respuesta al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>	<p>Hipótesis general: Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción de los usuarios del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Hipótesis específica 1. Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la fiabilidad al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p> <p>Hipótesis específica 2. Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la capacidad de respuesta al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>	Variable 1: Satisfacción del usuario			
			Dimensiones	Dimensiones	Dimensiones	Dimensiones
			Fiabilidad	¿Siempre encuentra los servicios que busca cuando va al puesto de salud?		1.
			Capacidad de respuesta	¿Independientemente del tiempo de espera le dieron solución a sus necesidades?		2.
			Seguridad	¿Cree usted que el profesional le dedica el tiempo que usted necesita?		3.
Empatía	¿Tiene usted confianza para contarle al profesional todo lo que quiere decir?		4.			
Aspectos Tangibles	¿Le parecieron los siguientes lugares adecuados: sala de espera, consultorio, triaje?		5.			
				Nunca		
				Casi nunca		
				Algunas veces		
				Casi siempre		
				Siempre		

<p>Problema específico 3. ¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con la empatía al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?</p> <p>Problema específico 4. ¿De qué manera se relaciona el tiempo de espera con los aspectos tangibles al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015?</p>	<p>Objetivo específico 3. Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la seguridad al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>	<p>Hipótesis específica 3 Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la seguridad al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>	Variable 2: Tiempo de espera				
				Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
				Tiempo de espera en admisión	¿Considera apropiado el horario de espera por la mañana es		1.
				Tiempo de espera en Triage	¿El personal atiende en el horario indicado y sin demora?		2.
				Tiempo de espera para consultorio	¿Espero mucho para ser atendido en consultorio?		3.
	<p>Objetivo específico 4. Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con la empatía al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>	<p>Hipótesis específica 4. Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la empatía al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>				4.	
	<p>Objetivo específico 5. Determinar cómo se relaciona el tiempo de espera con los aspectos tangibles al usuario en el puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>	<p>Hipótesis específica 5. Existe relación significativa entre el tiempo de espera con los aspectos tangibles al usuario del puesto de salud Villa del Sol Chosica 2015.</p>				5.	
			Tiempo de espera en farmacia	¿Espero mucho antes de ser atendido en farmacia?		Casi nunca	
						Algunas veces	
						Casi siempre	
			Tiempo de espera en tópico	¿ El ambiente donde se le atendió es cómodo y confidencial y es rápido?		Siempre	

ENCUESTA DE TIEMPO DE ESPERA DE USUARIOS PARA CONSULTA EXTERNA

Nombre del encuestado: _____

N° Encuesta _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad: Años _____ Meses _____

2. Régimen del Usuario: Contributivo ___ Subsidiado ___ Vinculado ___ Particular ___

3. Utiliza el servicio: Por primera vez ___ Por control ___

Apreciado usuario agradezco de antemano su tiempo dedicado a desarrollar esta encuesta, apreciaría su sinceridad y veracidad de sus respuestas. Tome un promedio de 20 minutos como mínimo para responder estas preguntas y marque la opción que se ajuste a su criterio según la leyenda que se encuentra al pie.

1.-Siempre 2.- casi siempre 3. A veces 4.- casi nunca 5.- nunca.

		1	2	3	4	5
1	Considera apropiado que el horario de espera por la mañana es adecuado?					
2	El personal atiende en el horario indicado y sin demora?					
3	El trato que se le brindo en ventanilla fue amable					
4	El personal responde a las expectativas que usted tiene?					
5	Se respetó la ley de atención preferencial en el caso de ancianos mujeres con niños y discapacitados					
6	La atención en Triage le brinda seguridad y es confiable?					
7	El personal es amable y comparte la información necesaria con usted?					
8	El ambiente donde se le atendió es cómodo y confidencial y rapido?					
9	Los instrumentos médicos usados son actuales y están en buen estado?					
10	Se brindó bioseguridad y limpieza en la atención?					
11	Espero mucho tiempo en ser atendido en consultorio					
12	Fue atendido con amabilidad, profesionalismo y sintió que su problema fue resuelto?					
13	El profesional utilizo términos que usted entendió con facilidad?					
14	El ambiente donde se le atendió presto condiciones de limpieza y seguridad?					
15	Si realizaron algún procedimiento ¿le dieron explicación de los pasos a seguir antes de proceder?					
16	Espero mucho para ser atendido en farmacia?					
17	Cuando fue a farmacia encontró el medicamento que se le receto?					
18	Independientemente del tiempo de espera para la atención ¿Cree que los servicios prestados justifican el tiempo de espera?					
19	Observo limpieza y buen trato de todo el personal del establecimiento					
20	¿La orientación y señalización de la entidad le facilito encontrar el lugar de prestación del servicio?					

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA

Nombre del encuestado: _____

N° Encuesta _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____ Edad: Años _____ Meses _____

2. Régimen del Usuario: Contributivo _____ Subsidiado _____ Vinculado _____ Particular _____

3. Utiliza el servicio: Por primera vez _____ Por control _____

Apreciado usuario agradezco de antemano su tiempo dedicado a desarrollar esta encuesta, apreciaría su sinceridad y veracidad de sus respuestas. Tome un promedio de 20 minutos como mínimo para responder estas preguntas y marque la opción que mejor se ajuste a su criterio según la leyenda que se encuentra al pie.

1.-Siempre 2.- casi siempre 3. A veces 4.- casi nunca 5.- nunca.

		1	2	3	4	5
1	¿Siempre encuentra los servicios que busca cuando va al puesto de salud?					
2	¿Considera que la información proporcionada por nuestro personal fue clara y suficiente?					
3	Si por razones ajenas al establecimiento fue necesario cambiarle su cita, le fue informado este cambio					
4	¿El trato brindado por el médico o el personal de enfermería fue respetuoso y adecuado?					
5	¿El medico fue claro en la explicación acerca de su patología e ¿Indicaciones a seguir?					
6	Independientemente del tiempo de espera para la atención ¿le dieron la solución esperada a su necesidad?					
7	¿La orientación y señalización de la entidad le facilito encontrar el lugar de prestación del servicio?					
8	Le parecieron los siguientes lugares adecuados: sala de espera, consultorio, Triage.					
9	¿Califica la limpieza, orden y comodidad son buenas?					
10	¿Recomendaría este Puesto de Salud a sus familiares y amigos?					
11	¿El personal de salud es discreto y confiable?					
12	¿El tiempo de espera para entrar a consulta generalmente es rápido?					
13	¿Cree usted que el profesional le dedica el tiempo que usted necesita?					
14	¿Tiene usted confianza para contarle al profesional todo lo que quiere decir?					
15	¿Cree usted que el personal médico se preocupa por aclararle las dudas sobre su enfermedad					
16	¿Cree usted que el profesional le ha recetado las medicinas sin mirarle					
17	¿Ha tenido en alguna ocasión, la necesidad de ir aun medico particular, por no recibir la atención que necesitaba en su centro de salud?					
18	¿Recomendaría este Puesto de Salud a sus familiares y amigos?					
19	¿El personal es amable y siempre tiene buenas maneras?					

20	¿Los precios de nuestros servicios son cómodos?					
----	---	--	--	--	--	--