



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Factores que afectan calidad de atención en el paciente
quirúrgico electivo en servicio de cirugía general.
Hospital II Luis Heysen Incháustegui. Pimentel Abril
– Diciembre 2016.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO:
En Gestión de los servicios de la salud

AUTOR

Br. Julio Cesar Arana Delgado

ASESOR

Dra. Marina Caján Villanueva

SECCION

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de Servicios de Salud

PERÚ-2018

DEDICATORIA

A DIOS, por darme la vida e iluminarme cada día en mi carrera profesional para el beneficio de mis pacientes.

A mis padres por su ejemplo constante de superación y trabajo.

A mi esposa y mis hijos por su amor, su confianza y apoyo incondicional para superarme en cada momento de mi vida y lograr el éxito profesional.

Julio Cesar.

AGRADECIMIENTO

Mi Agradecimiento a mi Asesora Dra. Marina Caján Villanueva, por su orientación, paciencia y motivación que hicieron posible dicha Investigación.

Al Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui, por el apoyo brindado durante mi Investigación.

Asimismo mi sincero agradecimiento a la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética contribuyeron potenciar nuestra formación profesional.

El Autor

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Julio Cesar Arana Delgado, estudiante del Programa de Maestría En Gestión Pública de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI 16400084, con la tesis titulada Factores que afectan calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en Servicio de Cirugía General Hospital II Luis Heysen Incháustegui Pimentel Abril – Diciembre 2016.

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 auto plagiada; 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 presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada. De identificarse 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 de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo 12 de Mayo del 2018



Br. Julio Cesar Arana Delgado
DNI 16400084

PRESENTACIÓN

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado **Factores que afectan calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en servicio de cirugía general Hospital II Luis Heysen Incháustegui Pimentel Abril – Diciembre 2016**, con fines de obtener el grado académico de Magister en Gestión de los servicios de la salud.

Esta investigación presenta información acerca de la relación existente entre la calidad de servicio por parte del equipo multidisciplinario y la percepción del usuario, en las diversas etapas de atención del paciente quirúrgico electivo del principal hospital de referencia de patología quirúrgica de capa media, de EsSalud en nuestra Región. Dada la cantidad y variedad de aspectos a cubrir se determinó aplicar una herramienta adecuada y de demostrada confiabilidad: Cuestionario SERVQHOSP en una muestra de pacientes que acudieron al Hospital para atenderse de una cirugía electiva. El objetivo fundamental es determinar aquellos factores que afectan la percepción de una atención de buena calidad por parte del personal hospitalario y que, estos resultados y conclusiones, puedan emplearse como referencia para orientar las futuras estrategias de mejora para beneficio de la población asegurada.

Seguro del reconocimiento del aporte de este trabajo se está presto a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los pacientes del servicio de cirugía general del Hospital II Luis Heysen Incháustegui, puesto que toda investigación de este tipo contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en las prestaciones de salud.

El Autor

ÍNDICE

PAGINA DE JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Realidad Problemática	11
1.2 Trabajos previos	14
1.3 Teorías relacionadas al tema	20
1.4 Formulación del problema	45
1.5 Justificación del estudio	46
1.6 Hipótesis	47
1.7 Objetivos	47
1.7.1 General	47
1.7.2 Específicos	47
II. MARCO METODOLÓGICO	48
2.1. Diseño de investigación	48
2.2 Variables y Operacionalizacion	49
2.3. Población y muestra.	53
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	54
2.5. Métodos de análisis de datos	55
2.6. Aspectos éticos	56
III. RESULTADOS	58
IV. DISCUSIÓN	62
V. CONCLUSIONES	64
VI. RECOMENDACIONES	65
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	77
Anexo 1: Instrumentos	78
Ficha técnica de los instrumentos	
Validez de los instrumentos	
Confiabilidad de los instrumentos	
Anexo 2: Matriz de consistencia	83
Anexo 3: Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio	84
Anexo 4: Otros (fotos)	85

Anexo 5: Consentimiento informado	86
Anexo 6: Data de la investigación	88
Anexo 7: Autorización para publicación de Tesis a UCV... ..	89
Anexo 8: Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis	90

RESUMEN

En esta investigación el propósito principal fue identificar los factores que afectan calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en servicio de cirugía general Hospital II Luis Heysen Incháustegui. Pimentel abril – diciembre 2016, empleando técnicas de investigación correlacional. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes post-quirúrgicos electivos quienes fueron dados de alta del Servicio de Cirugía General. Esta población fue evaluada y programada por el equipo de Cirujanos del hospital. El instrumento utilizado principal usado para evaluar la calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo fue Cuestionario SERVQHOSP-e, compuesto por 19 preguntas, y cinco dimensiones: cuyo nivel de consistencia validez y confiabilidad según la técnica de Alfa de Cronbach fue de 0.97. Fue aplicado a través de la técnica de entrevista personal. Resultados: El cuestionario tuvo una tasa de respuesta del 100% respecto a los ítems evaluados los cuales tuvieron una respuesta positiva: aspectos tangibles (79.70%), confiabilidad (73.82%), sensibilidad (85.78%), seguridad (88.72%) y la empatía (86.27%). Se utilizó el software SPSS 24 para el análisis estadístico de la información. La conclusión principal refiere que se acepta la afirmación de la hipótesis planteada, pues se evidencia que existen factores que influyen sobre la calidad de atención, falta de información, facilidad de llegar al hospital, tiempo de espera para ser atendido en cirugía

Palabras clave: Calidad de atención, paciente quirúrgico electivo.

ABSTRACT

In this investigation the main purpose was identify what factors affect quality of care in the elective surgical patient attention, in Luis Heysen Incháustegui Hospital II, General Surgery Service. Pimentel April - December 2016, made using correlational research techniques. Sample was conformed for 68 post-surgical elective patients, who was discharged to General Surgery Service This population was evaluated and scheduled by Surgeon`s hospital staff. The principal instrument used in order to evaluate the quality of care in the elective surgical patient was SERVQHOSP-e Questionnaire, composed of 19 questions, and five dimensions: whose level of consistency, validity and reliability according to the Cronbach's Alpha technique was 0.97. Was applied through personal interview technique. Results: Questionnaire response rate was 100% regarding all evaluated items whose had a positive response tangible aspects (79.70%), reliability (73.82%), sensitivity (85.78%), safety (88.72%) and empathy (86.27%). SPSS 24 software was used for statistical analysis data. The main conclusion is that the affirmation of the proposed hypothesis is accepted, since it is evident that there are factors that influence the quality of care, lack of information, ease of reaching the hospital, waiting time to be treated in surgery.

Key words: Quality of care, elective surgical patient.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

La finalidad de la presente investigación fue determinar aquellos factores que afectan la calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en un Servicio de Cirugía General, respecto a la atención hospitalaria que se le brinda desde su ingreso al hospital.

Actualmente, tenemos una creciente cantidad de pacientes en espera de ser intervenidos quirúrgicamente, sin tener la suficiente oferta de servicios quirúrgicos que los pueda acoger, con el riesgo de que se agraven sus patologías quirúrgicas. Es en estas circunstancias que, en los diferentes escenarios clínicos y realidades, se ha venido explorando, evaluando y tratando de optimizar la calidad de atención en el paciente hospitalizado, como una herramienta de mejora de procesos.

A nivel mundial, según resultados obtenidos por Lyu, Wick, Housman, Freischlag y Makary (2013), del estudio realizado en 31 hospitales de Estados Unidos, respecto a la satisfacción del paciente como posible indicador de la calidad de atención, encontró que “la satisfacción del paciente fue independiente del cumplimiento de los procesos formales de atención del hospital” (Lyu, Wick, Housman, Freischlag, & Makary, 2013, p.362).

Se incluyeron en estos procesos: “preparación de zona operatoria, antibioticoprofilaxis, profilaxis de TVP, aspectos de la cultura de seguridad en general, así como la percepción del liderazgo dentro del equipo de trabajo” (Lyu et al., 2013, p.362).

La satisfacción del paciente estuvo relacionada al clima de seguridad, a dominios de cultura individuales dentro del equipo de trabajo y el reconocimiento de estrés, esto proporciona información sobre la capacidad de un hospital para otorgar un buen servicio orientado al paciente . (Lyu et al., 2013, p.362)

En Latinoamérica, De Freitas, De Camargo, Minamisava, Queiroz y De Sousa (2014), en su investigación sobre “la calidad del cuidado de enfermera y la

satisfacción del paciente en un hospital docente, en 275 pacientes” (p.454), encontró “un elevado nivel de satisfacción en higiene y confort físico, nutrición e hidratación, resultando en un alto grado de insatisfacción el resto de aspectos observados, con tres diferentes instrumentos de recolección de datos” (De Freitas et al., 2014, p.454).

Cabarcas, Montes y Ortega (2009) en la investigación sobre satisfacción del paciente en un centro hospitalario de Cartagena, enfatiza “el rol importante del trabajo del equipo de enfermería en la percepción de esta satisfacción por su mayor cercanía y contacto con el paciente” (Cabarcas, Montes, & Ortega, 2009).

Respecto a los instrumentos de evaluación de calidad y satisfacción; Barragán, Pedraza y Rincón (2013), en la investigación sobre calidad de atención de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados, empleando cuestionario SERVQHOS-e (modificado por los autores) permitió “evaluar de manera apropiada la calidad de atención, siendo más significativas las variables afectivas” (p.187).

Ortiz y Vega (2014), en su estudio sobre la calidad de atención de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados, ratifican la utilidad del cuestionario SERVQHOS-e y plantean la necesidad de aplicarlo en otros escenarios de la práctica hospitalaria para verificar su validez.

Ortegón, Álvarez y Quiroz (2011), en la investigación que realizó acerca de satisfacción del paciente operado de cirugía cardiovascular coincide que “la adecuada comunicación y total información que se brinda a los pacientes que serán intervenidos por su patología cardíaca presentan una mejor evolución post-operatoria” (p.208).

En el trabajo realizado por Aguirre, Zavala, Hernández y Fajardo (2010); se refuerza:

El concepto de calidad de la atención, consensuado con pacientes y familiares que puede expresarse como sigue: *otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas* . (p.457)

Según Arriagada, Aranda y Miranda (2005) de los principales problemas, se ha resaltado “la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países” (p.18).

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia . (Arriagada et al., 2005, p.18)

En el estudio como el propuesto por Minchón et al. (2011), sobre análisis de la satisfacción del paciente quirúrgico en Oftalmología, se concluye en la utilidad de “estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación con los pacientes y familiares, sobre todo desde enfermería, optimizando la relación enfermera-paciente como requisito de una relación basada en la confianza y seguridad” (p.298).

En lo podemos mencionar en nuestro país, dentro de lo contemplado en D.S 013-2006-SA, en el artículo 98, detalla que serán evaluados como indicadores de calidad la satisfacción del usuario y sus expectativas. Pasaron 10 años y este artículo no se cumple aun al nivel deseado.

Las prioridades en los Planes Estratégicos en Perú en el tiempo, han sido básicamente las coberturas numéricas de nuestro perfil epidemiológico prevalente enfatizando el aspecto preventivo sobre el recuperativo, la cantidad de atenciones sobre la calidad de las mismas.

Algunos años después, “los lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 realizan un importante avance conceptual al definir como uno de los principios de la política de salud la *calidad de la atención como derecho ciudadano*, sin embargo, no se avanza” (Podestá, 2012, p.64).

A nivel local e institucional (EsSalud), en el aspecto quirúrgico, se ha instaurado desde hace dos años, de manera progresiva el Plan Confianza (hoy llamado Super Plan Confianza), que consiste trabajar a través de un Módulo Integrado Preoperatorio (MIOQx)) para intervenir quirúrgicamente a los pacientes electivos en plazos menores a 45 días.

El sustento de donde se guía esta estrategia es la problemática de la población que espera una intervención quirúrgica y el uso racional de recurso para viabilizar está a la brevedad. Esta situación, sin embargo, no escapa a las graves consecuencias de falta de personal en prácticamente todos los departamentos del país.

Asimismo, en EsSalud se ha difundido una cruzada de Humanización desde el año 2015 que busca optimizar el trato con los pacientes asegurados en todos los ámbitos, mejorando sustancial la percepción de los esfuerzos de la institución para optimizar la calidad de atención en todos los aspectos.

La falta de personal médico especializado y de servicios quirúrgicos, emergencia saturada e incremento del porcentaje de intervenciones suspendidas, constituyen motivo de quejas constantes no atendidas que, algunas veces derivan en querellas legales.

Problemática relativa a “la falta de eficiencia: dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; altos costos operativos; insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud” (Arriagada et al., 2005, p.18).

Además, “las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras” (Arriagada et al., 2005, p.18).

1.2 Trabajos previos

Algunos antecedentes internacionales como Ortiz y Vega (2014), en la investigación sobre “*Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados*”, con el objetivo de reconocer los diferentes aspectos de la calidad de atención en los pacientes que egresan del hospital de Barranquilla en el trimestre agosto-octubre 2011. Un 78% de los 158pacinetes encuestados describió la calidad como mejor de lo que esperaba, un 17% como la esperaba y solo un 4% peor de lo que esperaba. Como conclusión, el cuestionario SERVQHOSP-E ha demostrado ser una herramienta eficaz para determinar la calidad de atención en enfermería,

dadas las similitudes de los resultados de otras investigaciones al respecto empleando este instrumento (Ortiz & Vega, 2014)

Lasluisa (2014). Ecuador: en su investigación *“Nivel de satisfacción de los usuarios externos en relación a la calidad de atención recibida por parte del personal de enfermería en el área de emergencia del Hospital General Latacunga en el período octubre del 2013 – abril del 2014”*.

El presente trabajo investigativo fue desarrollado con la finalidad de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios externos en relación a la calidad de atención recibida por parte del personal de Enfermería en el Área de Emergencia del Hospital General Latacunga (H.G.L.). (Lasluisa, 2014)

“La población de estudio la conformaron 6500 usuarios” (Lasluisa, 2014).
“Para la cual se aplicó un muestreo probabilístico con una fórmula para población finita, la misma que dio como resultado 72 usuarios, quedando conformado finalmente por 80 usuarios” (Lasluisa, 2014).

Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta dirigida al usuario externo y una ficha de observación dirigida al Personal de Enfermería del Área de Emergencia, su aplicación se llevó a cabo en todos los turnos de la mañana, tarde y noche. Los resultados revelaron que solo el 54% del personal de enfermería reciben cordialmente al usuario externo, el 51% de los usuarios manifiestan que la atención es lenta, el 84% de los usuarios manifiestan que a veces el personal de enfermería les indica los cuidados que deben tener por su estado de salud, un 65% considera que la atención recibida es buena, de esto y otros datos se concluye que la atención brindada no es 100% de calidad, debido a que no hay evidencia de ningún usuario que tenga un nivel de satisfacción alto, más bien el otro porcentaje se inclina a un nivel bajo de satisfacción por lo cual es necesario realizar una guía para mejorar la atención de enfermería en el área de emergencia” (Lasluisa, 2014).

García (2013). En su estudio *“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 Periodo Febrero – Mayo 2013*”. “El objetivo fue identificar la percepción y la expectativa de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as externos en los diferentes servicios de salud en el período de marzo-abril 2013” (García, 2013); “determinando el nivel de fiabilidad, la capacidad de respuesta, el grado de empatía, la seguridad y los aspectos tangibles que brinda el Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos” (García, 2013). “Materiales y Métodos: Análisis secundario de los datos de la Encuesta SERVQUAL modificada para los establecimientos de salud por medio del programa Microsoft Excel 2010 aplicativo Epi Info, validado según RM 52-2011 MINSA” (García, 2013). “Fueron entrevistados 192 usuarios del Centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos respectivamente de los diferentes servicios ofrecidos en el centro de salud” (García, y otros, 2011)

Las variables de estudio fueron: nivel de fiabilidad del usuario, capacidad de respuesta del Centro de salud, grado de empatía y la seguridad que ofrece el profesional de salud, así como la evaluación de los aspectos tangibles que brinda el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos. Aplicándose estudio observacional, descriptivo, transversal. Los resultados mostraron que de los 192 pacientes encuestados en el Centro de Salud Delicias de Villa en Chorrillos se determinó que el 55% de los usuarios encuestados estaba 5 insatisfecho con la calidad de atención brindada en dicho centro, siendo un 45% que indicaba encontrarse satisfecho. De los niveles de satisfacción según las dimensiones consideradas en ésta evaluación se obtuvo mayor satisfacción en las dimensiones de empatía y seguridad; ya que de todos los encuestados el 52% indicó estar satisfecho con los aspectos encerrados en la dimensión de empatía (preguntas 14-18) y el 51.8% en la dimensión de seguridad (preguntas 10-13) a diferencia de las otras dimensiones que muestran un grado mayor de insatisfacción como en la dimensión de fiabilidad 58.5%, capacidad de respuesta 60.5% y aspectos tangibles 59.6% .(García, 2013)

La investigación concluyó que “según los resultados obtenidos podemos concluir 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” (García, 2013); “siendo puntos importantes el respeto por su privacidad, una buena

comunicación y el sentirse escuchados, demostrado en la dimensión de empatía y seguridad” (García, 2013).

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, en lo cual se tiene que enfatizar para mejorar la satisfacción de los usuarios . (García, y otros, 2011)

Lyu, Wick, Housman, Freischlag y Makary (2013), en la investigación “Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care”, empleando un cuestionario de 27 preguntas focalizadas en 18 perspectivas del paciente, basadas en la comunicación con el personal y manejo de sus síntomas y confort. Se encontró que la satisfacción del paciente era independiente de la performance del hospital, del cumplimiento con procesos quirúrgicos de atención de calidad y con cultura general de seguridad practicada, esta satisfacción puede proporcionar información sobre la capacidad de un hospital para proporcionar un buen servicio como parte de la experiencia del paciente. 2013) (Lyu, Wick, Housman, Freischlag, & Makary, 2013)

A nivel Nacional **Huerta (2015)**, realizó una investigación titulada “*Calidad de atención de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015*”. El Objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Enero del 2015” (Huerta, 2015). El diseño fue cualitativo, descriptivo, transversal” (Huerta, 2015). “La medición de la satisfacción del usuario se realizó mediante la encuesta SERVPERF modificada, el cual mide la satisfacción del usuario de acuerdo a sus percepciones, el muestreo fue por conveniencia y estuvo constituida por 77 personas (usuarios y acompañantes)” (Huerta, 2015). “El procesamiento de datos se realizó de acuerdo al rango de satisfacción” (Huerta, 2015). “Resultados: El 92.2% de los usuarios estuvieron satisfechos con la atención” (Huerta, 2015). “Las dimensiones de fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles de la encuesta SERVPERF resultaron con más del 80% de usuarios satisfechos (94.3%, 89.6%, 89.6 % y 84.5%; respectivamente)” (Huerta,

2015); “pero la dimensión y capacidad de respuesta resultó con la mayor cantidad de usuarios insatisfechos – muy insatisfechos y extremadamente muy insatisfechos (23.4%)” (Huerta, 2015). “Conclusiones: El nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina fue de 92.2 %” (Huerta, 2015). “Las variables con mayor insatisfacción fueron la atención en caja, admisión y laboratorio de emergencia; el trato del personal de emergencia y la limpieza y comodidad del servicio” (Huerta, 2015).

Villegas (2016) en su estudio “*Propuesta de un plan de gestión para la mejora de la calidad de atención del usuario externo del Centro de Salud Pedro Ruiz Gallo Región Amazonas, 2015*”. El objetivo de este estudio fue “elaborar un plan de gestión, para mejorar la calidad de atención de los usuarios atendidos en el Centro de Salud Pedro Ruiz Gallo de Amazonas” (Villegas, 2016).

La investigación fue descriptiva propositiva, la población estuvo formada por 548 pacientes que recibieron atención en el centro de Salud Pedro Ruiz Gallo de Amazonas y se utilizó la escala SERVQUAL modificada para el Ministerio de salud aplicada a una muestra ajustada de 92 usuarios. En las conclusiones en relación a la calidad de atención los resultados arrojaron que se obtuvo un promedio 2,86 lo que significa que el servicio prestado está en un nivel por mejorar, también se muestra que la desviación típica es de 0,380, para esto se utilizó la prueba de chi cuadrado lográndose aceptar la hipótesis . (Villegas, 2016)

“En base a este diagnóstico se diseñó un plan de gestión según el enfoque por competencias para mejorar la calidad de atención del usuario externo” (Villegas, 2016).

Podestá (2013), en su investigación sobre “*Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte*”. utilizando el cuestionario SERVQUAL, se determinó que la calidad de atención, en relación con los aspectos tangible y de empatías buena, sin embargo, hay otros aspectos que deben ser sometidos a procesos de mejora por la autoridad competente. Se concluyó que la aplicación de instrumentos que permitan evaluar la calidad de

atención hospitalaria, debe aplicarse con las respectivas modificaciones que requiere cada condición en particular. (Podestá, 2012).

A nivel Local **Vidal (2014)**. En su investigación titulada : Nivel de satisfacción y calidad de atención recibida por usuarios en la clínica odontológica de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte, Octubre – Noviembre 2011, se propuso como objetivo determinar el nivel de satisfacción y calidad de atención recibida por usuarios en la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte, mediante un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. El instrumento utilizado para la recolección de datos estuvo constituido por una encuesta – entrevista SERVQUAL modificada, y a través de la escala de Likert, identificando las máximas expectativas y las percepciones de las mismas, lo que permitió evaluar la calidad de servicio en sus cinco dimensiones; tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza de 95%, con un error de 0.05%, dando como resultado la aplicación de 275 encuestas a los usuarios de la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte durante Octubre –Noviembre de 2011, elegidos al azar.

El promedio para las expectativas resultó ser 4,88, es decir, esperan un muy buen servicio; la calificación promedio para las percepciones resultó ser de 4,76 puntos de un máximo de 5 puntos. La dimensión de tangibilidad (T2) es la que en promedio tiene la percepción más baja, en tanto que las dimensiones de empatía (E18) y confiabilidad (C5) son las que presentan las percepciones más altas.

A continuación se determinó las diferencias, que revela cuales serían los puntos clave para regularizar, la dimensión seguridad es aquella que resultó con mayor diferencia con un puntaje de -0,27 (S16); seguida de la dimensión tangibilidad, con -0,26 (T1 Y T2), la dimensión que obtuvo una menor brecha, es la dimensión de tangibilidad (T4).

Respecto a la priorización de las dimensiones, los pacientes refieren en primer lugar que el personal que atiende en caja sea bueno amable y atento en un 68.8%, seguido que se cumple lo que se ofrece 48%, en tercer lugar el

personal que lo atiende le explique su problema odontológico y confía en ellos 42.5%. En cuarto lugar el que atiende tenga buen aspecto 37% y en último lugar que sus problemas se solucionen con rapidez 36%. (Vidal, 2014)

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Teoría “Cero Errores” de Philip Crosby

Philip Crosby nació en Wheeling, Virginia, Estados Unidos en 1926 y falleció en Winter Park del año 2001, fue un empresario estadounidense, autor que contribuyó a la teoría gerencial y a las prácticas de la gestión de la calidad (Fierro, 2006). Se enroló en la Marina de Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial y en la Guerra de Corea. Se graduó en Ohmio Collage of Podiatra Medicine (Fierro, 2006). A partir de 1979 fundó su despacho de consultoría y hasta su muerte, se dedicó a la calidad” (Fierro, 2006).

El lema de Crosby fue "conformidad con las necesidades” y “la calidad es libre"

a. Absolutos de la calidad

“Crosby desarrolló lo que él llamó los cinco absolutos de la calidad” (Fierro, 2006). Éstos son:

- “Conformidad con las necesidades. La idea de fondo es que una vez que se hayan determinado las necesidades, el proceso de producción mostrará calidad si el producto o servicio resultante del proceso está de acuerdo con esas necesidades” (Fierro, 2006).
- “No existe otra cosa como un problema de calidad” (Fierro, 2006).
- “No existe otra cosa como la economía de la calidad, es siempre más barato hacer bien el trabajo la primera vez” (Fierro, 2006).
- “La única medida de actuación es el coste de la calidad” (Fierro, 2006).
- “La única actuación estándar es la de cero defectos” (Fierro, 2006).

“La filosofía fundamental de fondo de estos absolutos es una mentalidad de conformidad, y queda interrumpida si el diseño del producto o servicio es incorrecto o no sirve con eficacia las necesidades cliente” (Fierro, 2006). “Ya que el lenguaje de la dirección es sobre todo el dinero, tiene sentido poner los de no conformidad en estos términos” (Fierro, 2006). “Ilustra claramente el efecto de la no conformidad y enfoca la atención en temas de prevención” (Fierro, 2006). “Ésta es la tesis básica de Crosby detrás del lema de *la calidad es libre*” (Fierro, 2006).

b. Principios de la calidad

“El plan de calidad de ideado por Crosby, comprende los siguientes principios” (Fierro, 2006):

- **Compromiso de la dirección**

“Fija que la postura de la dirección sobre la calidad y el desarrollo de una política de calidad podrían hacer que la dirección se la tomase en serio” (Fierro, 2006).

- **Equipo de mejora de calidad**

“Crosby sugiere que todos los miembros, en especial el equipo de mejoramiento de la calidad (EMC), estén mentalmente armonizados con la calidad las 24 horas del día” (Fierro, 2006).

También indica que las responsabilidades de los miembros del equipo deben de incluir: Desarrollar y accionar los programas de mejora de la calidad, representar enteramente sus departamentos en el equipo, coordinar y ejecutar las decisiones sobre la calidad, tomadas por el equipo que afecten a sus departamentos y contribuir creativamente al programa de calidad . (Fierro, 2006)

- **Medida de la calidad**

“De acuerdo con Crosby eso significa generar datos sobre disconformidades corrientes y potenciales, y desarrollar las acciones correctores adecuadas”

(Fierro, 2006). “Los datos de medición deben ser corrientes y preferiblemente on line” (Fierro, 2006). “El uso de la mayoría de la información actualizada asegurará decisiones efectivas sobre la calidad” (Fierro, 2006). “Para salvar los rechazos de los diferentes procesos, fabricación o servicios, Crosby sugiere tres cosas: Reconocimiento de los problemas, medición del estado actual y desarrollo de un programa de calidad para reducir los rechazos” (Fierro, 2006).

- **El coste de la calidad**

“Crosby indica que el coste de la calidad incluye chatarra, repetir un trabajo, garantía, labores de inspección, y control de calidad, diseño y/o cambios en la ingeniería, y auditorías” (Fierro, 2006). Sugiere que el coste de la calidad es "un catalizador que brinda al equipo de mejora de la calidad una conciencia plena de lo que está ocurriendo" (Fierro, 2006).

- **Conciencia de la calidad**

“Ofrecer el tipo de apoyo necesario para aumentar el nivel de preocupación e interés por la calidad en todo el personal para que comprenda, reconozca y apoye las razones de un programa de calidad” (Fierro, 2006). “Crosby afirma que es necesario llevar la conciencia para elevar, para conformar con las necesidades del proceso para su aceptación y prepararlos para un programa cero defectos” (Fierro, 2006). “El programa de concienciación consiste en dos importantes actividades: Reuniones regulares orientadas a la calidad y la comunicación sobre el progreso y extensión del programa e iniciativas relacionadas” (Fierro, 2006). “La conciencia de la calidad debe tender a ser baja de tono pero con una constante atención” (Fierro, 2006).

- **Acción correctora**

“Crosby afirma que existe la necesidad de desarrollar métodos sistemáticos para resolver los problemas antes expuestos” (Fierro, 2006). “Esto, sugiere él, debe ser llevado a cabo a través de cuatro niveles de constante actividad: Reuniones diarias, semanales y mensuales y equipos encargados que trabajen y se reúnan diariamente hasta que el problema esté resuelto”

(Fierro, 2006).

- **Planificación Cero Defectos (CD)**

“Para Crosby los puntos principales de la planeación CD son” (Fierro, 2006):

- “Desarrollar y accionar los programas de mejora de la calidad” (Fierro, 2006).
- “Representar enteramente sus departamentos en el equipo” (Fierro, 2006).
- “Coordinar y ejecutar las decisiones sobre la calidad tomadas por el equipo que afecten a su departamento” (Fierro, 2006).
- “Contribuir creativamente al programa de calidad” (Fierro, 2006).

- **Formación del supervisor**

“Crosby sugiere que la formación es necesaria para poder asegurar que los supervisores sean capaces de llevar a cabo las tareas y responsabilidades del programa de mejora de calidad” (Fierro, 2006). “Indica que la formación del supervisor está dividida en tres partes” (Fierro, 2006):

- “Formación del supervisor que cubra las técnicas de medición de la calidad, coste de las implicaciones de la calidad, métodos de acciones correctivas y la acción concientizadora de la calidad” (Fierro, 2006).
- “Resumen del programa cero defectos” (Fierro, 2006).
- “Hacerlo otra vez” (Fierro, 2006).

- **El día CD**

“Significa hacer en un día determinado, una conexión visible entre la retórica de la calidad y las promesas hechas los meses pasados y el futuro compromiso y comprensión de todos los involucrados, desde ese momento en adelante” (Fierro, 2006). “El punto esencial es que la dirección se comprometa públicamente con la calidad y que los trabajadores lo hagan también” (Fierro,

2006).

- **Establecer un objetivo**

“Es una necesidad que crea motivación y el impulso para triunfar, pero necesita todo el apoyo de la dirección para desarrollar el sistema adecuado para que la calidad y los objetivos se encuentren de una forma eficaz” (Fierro, 2006).

- **Eliminación de la causa del terror**

“Éste es un método sistemático de asegurar que el empleado puede comunicar a la dirección los problemas de calidad que les afectan cuando hacen su trabajo” (Fierro, 2006). “Crosby anota que cada una de las respuestas debe tomarse con seriedad. Los problemas pueden ser muy simples o muy complejos; pero ambos tipos necesitan el compromiso de la dirección” (Fierro, 2006).

- **Reconocimiento**

De acuerdo con Crosby, la gente no sólo trabaja por dinero. En consecuencia, Crosby determina que, en el entorno de la calidad, existen otras formas más apropiadas de reconocimiento (Fierro, 2006).

- **Consejo de la calidad**

Crosby dice que sirven para reunir regularmente a los profesionales de la calidad para una comunicación planificada (Fierro, 2006). Esto está muy bien si por profesionales de la calidad se refiere a toda la gente que trabaja para la calidad, pero si se refiere solamente a individuos formados profesionalmente, entonces es engañoso (Fierro, 2006). El consejo de la calidad es una parte muy importante del desarrollo de la calidad en una organización y debe contener una balanza de profesionales y personas trabajando en el corazón de la calidad: La planta (Fierro, 2006).

- **Repítalo**

Enfatiza que la calidad es una mejora continua (Fierro, 2006).

Estos peldaños no son realmente tales en el sentido de moverse de uno a otro. Deben usarse como guía para ayudar al desarrollo de un programa sobre calidad (Fierro, 2006).

La aproximación de Crosby es, por lo tanto, una gestión de calidad de arriba hacia abajo, con educación en calidad para todo el personal, con independencia de su posición en la institución (Fierro, 2006).

Calidad

“Se puede determinar a la *Calidad* como un término ambiguo, que carecería de sentido si no hay una o más personas que lo aprecien” (Rodríguez M. , 2012).

Deming, pionero del movimiento de calidad en la industria menciona que el hombre es el juez de la calidad y es el supremo árbitro de sus necesidades y de todo lo que pueda satisfacerlo, la ciencia lo ayuda a ejercer esta función, pero no puede darle instrumentos de medición objetiva capaz de sustituirla . (Rodríguez, 2012)

“También la define como *hacer lo correcto, en la forma correcta y de inmediato*” (Rodríguez, 2012).

Por lo que es preciso decir que la definición de calidad no queda del todo clara, dado que calidad significa algo distinto para cada persona, entonces si la atención es de alta calidad o no, depende mucho del criterio de quien la analiza . (Rodríguez, 2012)

Para los japoneses calidad es *Cero defectos –hacer bien las cosas desde la primera vez* (Rodríguez, 2012).

1.3.2 Calidad

La calidad representa el éxito de toda organización, institución o empresa, es su gran meta para alcanzar la cumbre y con ello aumento de sus ganancias (Atiencia, 2013). A más de la confianza, elección y preferencia de sus clientes por sus productos o servicios, los cuales cumplen con todas sus expectativas (Atiencia, 2013).

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico (Atiencia, 2013). Encontramos su origen en Papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates (Atiencia, 2013). En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente, es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad (Atiencia, 2013).

“La familia de normas ISO (ISO 9000:2000) define la calidad como el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos” (Atiencia, 2013). “Los requisitos a los que se refiere la norma son: Las necesidades o expectativas establecidas o las implícitas u obligatorias” (Atiencia, 2013).

“La calidad desde el punto de vista del usuario, involucra la capacidad de satisfacer los requerimientos del consumidor y las preferencias del cliente” (Atiencia, 2013). “Es decir, la completa satisfacción de usuario por el bien o servicio recibido” (Atiencia, 2013).

“La calidad es la Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. (Real Academia Española, 2014). “También es al conjunto de particularidades de un producto, proceso o servicio que le otorga una capacidad de satisfacción de las necesidades del usuario de dichos servicios” (Atiencia, 2013).

“El término calidad tiene distintas acepciones según la época histórica, las personas, sus ideas e intenciones. Los siguientes son algunos de los significados propuestos por destacados estadísticos y consultores de la calidad” (Atiencia, 2013):

“Para Shewhart la calidad es la bondad de un producto” (Evans, 2000).

“Se define calidad como adecuado para el uso, también la expresa como la satisfacción del cliente externo e interno”. (Juran, 1995).

“Es el grado hasta el cual los productos satisfacen las necesidades de la gente que los usa” (Montgomery, 1996).

“Calidad es ajustarse a las especificaciones según Crosby” (Soin, 1997).

“Satisfacción de las expectativas del cliente. Según Feigenbaum, en 1951” (Arancibia, 2003).

“Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad” (Arancibia, 2003).

“Calidad es satisfacción del cliente” (Deming, 1989).

Es observable que el concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; no obstante, su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto al mismo. En los apartados siguientes se describen las etapas o periodos históricos de la calidad . (Atienza, 2013)

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones: (OPS & FEPPEN, 2001)

“Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos” (OPS & FEPPEN, 2001).

“Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos” (OPS & FEPPEN, 2001).

“Alto nivel de excelencia profesional” (OPS & FEPPEN, 2001).

“Uso eficiente de los recursos de las instituciones” (OPS & FEPPEN, 2001).

“En todas las definiciones antes mencionadas se resalta de una manera u otra, el hecho que la calidad, desde el punto de vista administrativo, está en función de la percepción subjetiva del usuario” (Pezoa, 2011).

La experiencia demuestra que los usuarios perciben la calidad de una forma mucho más amplia que el simple hecho de percibir la calidad en el producto adquirido, de ahí que surge la necesidad de que las

empresas definan la calidad de la misma manera que lo hacen los usuarios . (Pezoa, 2010)

De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en tres dimensiones que están relacionadas e interdependiente, que son por una parte, la técnica, que representa la aplicación de conocimientos y las técnicas aplicadas para la solución del problema del paciente, una interpersonal, que se establece en la relación entre el proveedor del servicio y el receptor de éste y el componente de confort, que son los elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable . (Pezoa, 2010)

“La abundante literatura de los últimos años sobre el tema de la calidad, puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo” (Pezoa, 2010). “Sin embargo, desde sus orígenes, el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas, sociales, etc.” (Pezoa, 2010). “El espíritu de superación, unido a la satisfacción que reporta, conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y a perfeccionar lo que previamente se podía dar por bueno” (Pezoa, 2010).

Dentro de la historia la literatura menciona que en general los servicios de salud preferían con mayor frecuencia medir la satisfacción del paciente que aparece más directamente relacionada con el concepto de calidad funcional o interactiva relacionada con el equipo de salud . (Pezoa, 2010)

“Por su parte la calidad de servicio percibida aparecía como una evaluación poco frecuente” (Pezoa, 2011).

“Por otro lado, las diferentes conceptualizaciones sobre calidad de servicio, los modelos más reconocidos en gestión de calidad suponen el enfoque de calidad objetiva y la calidad subjetiva” (Pezoa, 2010).

La primera se centra en la oferta, mide las características objetivas y verificables y la segunda, hace referencia a la apreciación del cliente a esas

características y otras propias que tiene que ver más con las emociones, percepciones y experiencia de la persona . (Pezoa, 2010)

“Esta última, es de especial interés ya que, dificulta la estandarización y el control de calidad de las prestaciones otorgadas es de naturaleza intangible, heterogénea, imposible de separar de la producción y del consumo” (Pezoa, 2010).

“Según Rosander, La calidad es una función permanente que redundante en todos los aspectos del trabajo de una organización” (Vázquez, 2012). Por ello, entra dentro de la misma clasificación. “Se aplica a cualquier organización tanto si opera para fines lucrativos o no. Se aplica no sólo a esas personas que trabajan por un salario, sino también a los voluntarios que trabajan gratuitamente” (Lucero, Herrera, & Jaramillo, 2015).

“La calidad es una función permanente en una organización de servicios. Son las personas de esta organización las que determinan si la función de la calidad se está llevando a cabo o no de una forma aceptable” (Lucero et al., 2015).

“El cliente es quien juzga finalmente si la calidad de esos bienes y servicios es satisfactoria y aceptable. Esta es la razón por la que el cliente debe ser el centro de cualquier programa de mejora de calidad” (Lucero et al., 2015).

1.3.3 Calidad del Servicio

“Las referencias sobre la calidad del servicio, el concepto de calidad se refiere a la calidad percibida, es decir *al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto*” (Rodríguez, 2012). “En términos de servicio significaría *un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio*” (Rodríguez, 2012). “En este sentido, la calidad percibida es subjetiva, supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos del producto y tiene una característica multidimensional” (Rodríguez, 2012).

Estos son los argumentos de los principales exponentes del concepto de calidad percibida del servicio, para señalar que, en un contexto de mercado de servicios, la calidad merece un tratamiento y una conceptualización distinta a la asignada a la calidad de los bienes tangibles. A diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de

indicadores tales como duración o número de defectos, como por ejemplo los fármacos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir . (Rodríguez, 2012)

“La propia intangibilidad de los servicios origina que éstos sean percibidos en gran medida de una forma subjetiva” (Rodríguez, 2012). “Dada esta diferenciación, Lewi y col fueron quizás los primeros en plantear el concepto de calidad del servicio como el ajuste del servicio entregado a los consumidores relacionado con sus expectativas” (Rodríguez, 2012). “Grönroos y; Parasuraman y col. toman este planteamiento basado en lo que se denomina el paradigma de la desconfirmación o disconformidad” (Rodríguez, 2012).

1.3.4 Calidad en Salud

“El concepto de calidad en salud según Vanormalingen se enmarca en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud” (Atiencia, 2013).

“Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud”. (Atiencia, 2013)

La calidad en salud significa “cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfacción adecuada a sus necesidades como una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo” (Deming, 1989).

“La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud” (Morales & Oña, 2016). “Cada uno de los pacientes, o prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora” (Morales & Oña, 2016).

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad . (Morales & Oña, 2016)

De otra forma que tan idóneo sea el prestador o sus capacidades o actualizaciones como profesional o de la tecnología utilizada son características que no puede evaluar y las da por hecho.

Sin embargo, para el prestador, la evaluación de la calidad se soporta en características científicas, técnicas y tecnológicas implicadas en el proceso, como hojas de vida y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

“Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora” (Morales & Oña, 2016). “Es por lo anterior que los expertos entienden y definen CALIDAD EN SALUD en términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan” (Morales & Oña, 2016).

“Así podemos mencionar las siguientes características individuales del paciente: Edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y días de hospitalización” (Chindoy, 2006).

“Existen dos modelos dentro del concepto de calidad, el modelo industrial y el de servicios de salud, Donabedian señala sus características” (Álvarez, Conti, Valderrama, Moreno, & Jiménez, 2006):

“Una característica que distingue el modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad” (Álvarez et al., 2006). “Es el consumidor quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas” (Álvarez et al., 2006). “El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr

su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura” (Álvarez et al., 2006). “Por supuesto que el conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio” (Álvarez et al., 2006).

“En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables” (Huiza, 2006).

Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informando tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud . (Huiza, 2006)

“La calidad de los servicios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad. Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones” (Castro, Niotti, & Quiñones, 2010). “Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.)” (Castro et al., 2010).

Si la calidad ha sido definida como cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidos por los estamentos superiores y por los compradores del servicio, la interrelación entre los tres círculos se clarifica . (Castro et al., 2010)

“Recientemente se está introduciendo, en el estilo de gestión sanitaria, el concepto gestión de calidad total (Total Quality Management [TQM]), que ha sido ampliamente proclamada como la razón del predominio de la industria manufacturera japonesa sobre la estadounidense” (Castro et al., 2010).

“La relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas” (Castro et al., 2010). “De aquí se deriva la pregunta ¿Qué le da la especificidad a la relación médico-paciente que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas? Varios elementos se toman en cuenta” (Castro et al., 2010). “El primero es el del *ámbito*. La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en donde se da la relación” (Castro et al., 2010). “La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad” (Castro et al., 2010).

“Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual” (Castro et al., 2010). “En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática” (Castro et al., 2010).

“Una tercera categorización y que en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas tanta existentes, es la que presenta a la relación médico paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía” (Castro et al., 2010). “Al reflexionar sobre esta categorización, aludimos a los siguientes elementos constitutivos de la relación médico-paciente: universo valorativo, fines, aproximación, protagonistas, roles, tipo de comunicación, sentido y veremos cómo se manifiesta cada una de ellas dependiendo del tipo de relación” (Castro et al., 2010).

“Observar el tema de la calidad en materia de auditoría no es referirnos a nada nuevo, ya que hace tiempo se trabaja en ello” (Castro et al., 2010). “Calidad de la atención médica, calidad de la prestación de salud” (Castro et al., 2010). “Existen autores que refieren que no basta con poner a disposición solamente los medios, los recursos, sino que es esencial que estos funcionen. Walter Carnota, explica que *no se trata de una pretensión de cantidad, sino de calidad*” (Castro et al., 2010).

Son frecuentes las quejas y reclamos por un deficiente servicio en las atenciones médica en un sentido cualitativo. Los pacientes que entran a un establecimiento de salud y encuentran desorganización de los trabajadores y de la

infraestructura se frustra por lo que muchas veces deciden no continuar atendiéndose

1.3.5 Satisfacción del usuario con respecto a la calidad.

“Es el acto por el cual el usuario se siente agrado o complacido plenamente por el servicio de calidad de atención recibido” (Carrillo & Fuentes, 2003).

“El nivel de satisfacción por el servicio recibido es la diferencia entre el servicio percibido (en función de quien es responsable de proveer los servicios) y la expectativa del usuario. Estos son determinantes de la satisfacción del usuario” (Alejo, 2016)

“La satisfacción del cliente depende en gran manera de la percepción que tiene del bien o servicio que está siendo obtenido” (Bardales, 2016).

Según Zethmal la satisfacción es la evaluación que realiza un cliente respecto de un producto o servicio, en términos de si este respondió a sus necesidades y expectativas; la ausencia del cumplimiento de dichas necesidades y expectativas da como resultado la insatisfacción con el producto o servicio adquirido . (Carrillo & Fuentes, 2003)

“La teoría del paradigma de la expectación/disconformidad en proceso de Mohr, provee la base para la mayoría de estudios de satisfacción y se compone de cuatro partes: Expectativas, Funcionamiento, Disconformidad, Satisfacción. Donde la disconformidad proviene de las discrepancias entre las expectativas principales y el funcionamiento actual” (Carrillo & Fuentes, 2003).

1.6.1 Calidad de la Atención

“El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años” (García, 2013). “Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia” (García, 2013). “Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un *aggiornamento* que debería repercutir favorablemente en los mismos” (García, 2013). “No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario” (García, 2013).

La calidad de atención o asistencia médica como definición ha ido evolucionando con el transcurrir del tiempo.

Tal es así que Lee y Jones, definieron el concepto de buena atención como la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado; agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra . (Atiencia, 2013)

Otra definición: “Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución” (Aguirre, 1997).

“La definición más clásica de calidad de atención en salud está dada por Avedis Donabedian” (Ávalos, 2010), “es la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diferentes medidas” (Donabedian, 1986).

Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes . (Donabedian, 1986)

La Calidad de la atención o calidad asistencial está dada por las diferentes actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida . (Atiencia, 2013)

El Ministerio de Salud del Perú (2012)

Reconoce, en sus documentos oficiales, que la calidad en la prestación de salud es una preocupación medular en la gestión del sector y hace suya la definición de calidad enunciada originalmente por Avedis Donabedian: La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la

tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos . (Ministerio de Salud del Perú [MINSa], 2014)

“El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario” (Ninamango, 2014).

Se ha descrito que el paciente, usuario de los servicios de salud, tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad; el primer nivel es el de las necesidades o expectativas básicas en el cual los pacientes esperan que la asistencia sea fiable, revestida de competencia, cortesía, educación, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados adecuados a los tratamientos; en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, con atención individualizada, adecuada comunicación y una implicación personal en los aspectos humanos del cuidado; y, el tercer nivel es el de la buena apariencia física de las instalaciones y del personal así como una relación costo-beneficio favorable. Está demostrado que medir la satisfacción del usuario con la calidad de los servicios médicos puede predecir la aceptación de los pacientes para seguir los tratamientos y prescripciones que se les haga, que está relacionado con la continuidad de uso de los servicios de salud y con menor cantidad de acusaciones y juicios por mala práctica. Es también importante considerar la calidad de los servicios desde el punto de vista de la educación médica puesto que los servicios donde los médicos son formados contribuyen a reforzar actitudes positivas en los estudiantes y permiten la construcción del perfil profesional diseñado por sus programas y escuelas . (Ninamango, 2014)

“En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia” (García, 2013).

“Para Donabedian, la calidad en los servicios de salud es una propiedad compleja, pero que es susceptible de un análisis sistemático para ser medida” (Rodríguez, 2012).

La definición clásica de calidad en el ámbito de la salud ha sido desarrollada y analizada por Donabedian y según él, la Calidad es la propiedad de la atención médica que consiste en obtener los mayores beneficios, con los menores riesgos para el paciente, donde los mayores beneficios se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes . (Rodríguez, 2012)

“También la define de la siguiente manera: Calidad es una propiedad de juicio sobre alguna unidad definible de la atención” (Rodríguez, 2012).

“Sin embargo, buscando una manera más clara del término y relacionándolo con la salud, la calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste espera” (Rodríguez, 2012).

“Es satisfacer las necesidades del usuario de manera consciente en todos los aspectos” (Rodríguez, 2012). “Los profesionales de la salud tienden a definir la calidad en términos de atributos y resultados de la atención suministrada por los médicos y recibida por los pacientes” (Rodríguez, 2012). “Enfatizan la excelencia técnica con la que se suministra la atención y las características de la interacción entre el usuario y el prestador” (Rodríguez, 2012).

Deming, nos dice refiriéndose al campo industrial, que calidad significa hacer lo correcto, de la manera correcta, en el campo de salud esto significaría ofrecer una diversidad de servicios que sean seguros, eficaces y que cubran las necesidades y deseos de los usuarios . (Rodríguez, 2012)

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos” (Rodríguez, 2012):

“Alto nivel de excelencia profesional” (Rodríguez, 2012).

“Uso eficiente de los recursos” (Rodríguez, 2012).

“Mínimo de riesgos para el paciente” (Rodríguez, 2012).

“Alto grado de satisfacción por parte del paciente” (Rodríguez, 2012).

“Impacto final en la salud” (Rodríguez, 2012).

No es posible reducir a uno o algunos de estos elementos en la calidad en salud, pues necesariamente implica la integración de estos elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, pero que todos unidos tienen como resultante la satisfacción del usuario y la eficiencia de la Institución Sanitaria. En Salud la calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera y las actitudes del personal; y a otros elementos tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración . (Rodríguez, 2012)

La calidad no es precisamente sinónimo de más tecnología, de mejor trato, de menor costo, de más cantidad de tratamientos realizados, de rapidez, de solución de los problemas del cliente, de capacidad técnica y ética del profesional; es la sumatoria de todos estos elementos y muchos otros . (Rodríguez, 2012)

1.3.6 Dimensiones de la Calidad en Salud.

“Son varios los modelos que se han establecido acerca de las dimensiones de la calidad en salud” (Rodríguez, 2012).

Donabedian enfatiza el análisis de la calidad a partir de tres enfoques o dimensiones (estructura, proceso y resultado) lo cual ha sido una contribución importante, pues se presta a considerable adaptación sin por ello perder su fundamental significado clasificador o conceptual, pero también advierte acerca de la importancia de no tomar estos elementos como atributos de la calidad, sino como enfoques o aproximaciones para la adquisición de la información acerca de la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen calidad . (Rodríguez, 2012)

“*Estructura*. Se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros” (Rodríguez, 2012).

“*Procesos*. Corresponde al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención” (Rodríguez, 2012).

“*Resultados*. Son el impacto logrado en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados” (Rodríguez, 2012).

Según el enfoque presentado anteriormente, se plantea que el servicio percibido depende directamente de la llamada calidad técnica (lo que se da, relativo al resultado) y de la funcionalidad (cómo se da, amabilidad, cortesía, empatía) que tienen que ver con el desempeño técnico de la prestación del servicio y con el tratamiento dispensado al usuario y en su interacción con los prestadores del servicio, respectivamente . (Rodríguez, 2012)

“En conclusión definimos:”

“*Calidad técnica*: Hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo” (Rodríguez, 2012). “Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas” (Rodríguez, 2012). “El paciente valora en la transacción el resultado técnico del proceso, es decir, qué es lo que recibe” (Rodríguez, 2012). “Puede ser medida de una manera bastante objetiva” (Rodríguez, 2012).

“*Calidad funcional*: Se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial” (Rodríguez, 2012). “En éste caso sus jueces son el propio paciente y su familia, es decir está referido al juicio del consumidor sobre la superioridad o excelencia general del producto o servicio” (Rodríguez, 2012). “En la calidad del servicio toma especial relevancia el cómo se desarrolla y cómo se recibe el proceso productivo y no tan sólo el qué se recibe” (Rodríguez M. , 2012)

“Parasuraman menciona cinco dimensiones de la calidad a tener en cuenta en la diferenciación entre las percepciones y expectativas de calidad de servicio que manifiesta el usuario” (Castillo, 2011):

- “Elementos tangibles: Se refiere a la planta física, equipamiento y apariencia personal” (Castillo, 2011).
- “Fiabilidad: La capacidad de prestar un servicio digno de confianza, preciso y conforme a lo ofrecido” (Castillo, 2011).
- “Sensibilidad o Capacidad de respuesta: Disposición de proveer un servicio oportuno y de respaldo al cliente” (Castillo, 2011).
- “Seguridad: Empleados conocedores de su papel, corteses, capaces de transmitir confianza y tranquilidad” (Castillo, 2011).
- “Empatía: Carisma para tratar al cliente proporcionando atención individualizada” (Castillo, 2011).

“Cada uno de estos cinco componentes engloba aspectos del servicio, que los usuarios perciben y que les permiten evaluar la calidad de servicio en el momento en que la reciben, aún sin conocer aspectos técnicos del proceso” (Castillo, 2011).

Todo esto desde la perspectiva de 5 dimensiones, según Martínez, Sergio (2011), en los siguientes cuadros se presenta los significados de cada una de estas dimensiones.

DIMENSIÓN	SIGNIFICADO
ELEMENTOS TANGIBLES (T)	“Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación” (Procasep S.C., 2010).
FIABILIDAD (RY)	“Habilidad de prestar el servicio prometido de forma precisa” (Procasep S.C., 2010).
SENSIBILIDAD/ CAPACIDAD DE RESPUESTA (R)	“Deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida” (Procasep S.C., 2010).
SEGURIDAD (A)	“Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados, así como su habilidad para

	transmitir confianza al cliente” (Procasep S.C., 2010).
EMPATÍA (E)	“Atención individualizada al cliente” (Procasep S.C., 2010).

“Estas cinco dimensiones se desagregaron en 22 ítems que muestra a continuación como el modelo SERVQUAL modificado” (Procasep S.C., 2010).

DIMENSIÓN 1: ELEMENTOS TANGIBLES
<p>“Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación” (Procasep S.C., 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> • “La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna” (Procasep S.C., 2010). • “Las instalaciones físicas de la empresa de servicios son visualmente atractivas” (Procasep S.C., 2010). • “Los empleados de la empresa de servicios tienen apariencia pulcra” (Procasep S.C., 2010). • “Los elementos materiales (folletos, estados de cuenta y similares) son visualmente atractivos” (Procasep S.C., 2010).
DIMENSIÓN 2: FIABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa (Procasep S.C., 2010). • Cuando la empresa de servicios promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace (Procasep S.C., 2010). • Cuando un cliente tiene un problema la empresa muestra un sincero interés en solucionarlo (Procasep S.C., 2010). • La empresa realiza bien el servicio la primera vez (Procasep S.C., 2010). • La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido (Procasep S.C., 2010). • La empresa de servicios insiste en mantener registros exentos de errores (Procasep S.C., 2010).

DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD DE RESPUESTA

- “Disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente y proporcionar el Servicio” (Procasep S.C., 2010).
- “Los empleados comunican a los clientes cuando concluirá la realización del servicio” (Procasep S.C., 2010).
- “Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido a sus clientes” (Procasep S.C., 2010).
- “Los empleados de la empresa de servicios siempre están dispuestos a ayudar a sus clientes” (Procasep S.C., 2010).
- “Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de sus clientes” (Procasep S.C., 2010).

DIMENSIÓN 4: SEGURIDAD

- “Conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza” (Procasep S.C., 2010).
- “El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes” (Procasep S.C., 2010).
- “Los clientes se sienten seguro en sus transacciones con la empresa de servicios” (Procasep S.C., 2010).
- “Los empleados de la empresa de servicios son siempre amables con los clientes” (Procasep S.C., 2010).
- “Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntase los clientes” (Procasep S.C., 2010).

DIMENSIÓN 5: EMPATIA

- “Atención Individualizada que ofrecen las empresas a los consumidores” (Procasep S.C., 2010).
- “La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada” (Procasep S.C., 2010).
 - “La empresa de servicios tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes” (Procasep S.C., 2010).
 - “La empresa de servicios tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes” (Procasep S.C., 2010).
 - “La empresa de servicios se preocupa por los mejores intereses de sus clientes” (Procasep S.C., 2010).

- “La empresa de servicios comprende las necesidades específicas de sus clientes” (Procasep S.C., 2010).

EL PACIENTE QUIRÚRGICO.

“Para Eduardo Candel Parra (1990), El paciente y la familia necesitan exponer sus temores sobre la intervención quirúrgica, y de todos es sabida la necesidad de estrecha colaboración con el paciente en el proceso quirúrgico” (Podestá, 2012, p.62). “Todo ello nos va a permitir el intercambio dinámico de información en ambas direcciones; la enfermera ha de demostrar que se interesa por el paciente, lo que ayuda a disminuir la ansiedad presente en el proceso quirúrgico” (Podestá, 2012, p.62).

La persona que va a ser intervenida ha de saber que la ansiedad es una reacción normal ante una operación, se les debe permitir participar en las decisiones, ya que de esta forma tendrán la sensación de que controlan la situación preoperatoria y postoperatoria . (Podestá, 2012, p.63)

En Argentina (2010), Las instituciones y profesionales de la salud que realicen actos quirúrgicos, deberán incorporar a sus procedimientos el Listado de Verificación para la Cirugía Segura y su Manual de Uso e Instrucciones, cuya finalidad es mejorar la seguridad de los pacientes, para así reducir las muertes y las complicaciones prevenibles durante este tipo de intervenciones . (Podestá, 2012, p.63)

“Así surge de la Resolución N° 28/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, a cargo de Juan Manzur, publicada hoy en el Boletín Oficial” (Podestá, 2012, p.63).

“El cuestionario SERVQHOS ha demostrado una alta consistencia interna, una buena capacidad predictiva y, especialmente, una buena estructura factorial” (Mira et al., 1998, p.9).

Al igual que otros investigadores no hemos corroborado la estructura factorial en 5 dimensiones y todos los datos apuntan a que las dimensiones giran en torno a un factor general de calidad percibida de la atención y cuidados facilitados y que, probablemente, pueda identificarse un segundo factor que engloba los aspectos más formales de la atención sanitaria . (Mira et al., 1998, p.9)

“El primer factor fue denominado Calidad Subjetiva, dado que los ítems que lo integran hacen todos referencia a aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente y que sólo se basan en la mera opinión del paciente” (Mira et al., 1998, p.9).

El segundo factor, de Calidad Objetiva, contiene ítems que hacen referencia, en cambio, a aspectos que pueden ser susceptibles de comprobación, como el estado de conservación o limpieza de las habitaciones, la uniformidad del personal, la puntualidad en las consultas o la información que se facilita al paciente o sus familiares . (Mira et al., 1998, p.9)

El primero se relaciona más directamente con los aspectos de la calidad del servicio identificados por Parasuraman, Zeithaml y Berry, como empatía, capacidad de respuesta, seguridad y, en menor medida, fiabilidad; mientras que el segundo factor se relaciona más directamente con tangibilidad y fiabilidad en términos de puntualidad horaria . (Mira et al., 1998, p.9)

“Estudios previos sobre SERVQUAL habían sugerido la unidimensionalidad del cuestionario y que sólo los aspectos tangibles quedaban excluidos de la escala” (Mira et al., 1998, p.9). “SERVQHOS se asemeja a los resultados factoriales de otras investigaciones en este sentido, aunque presenta la ventaja del equilibrio en el número de ítems de ambos factores” (Mira et al., 1998, p.9).

SERVQHOS ha demostrado su capacidad para discriminar entre los pacientes satisfechos e insatisfechos, basándose en diferentes criterios habitualmente considerados de buena práctica (conocer el nombre del

médico y de la enfermera/o, considerar haber estado ingresado el tiempo suficiente, o responder afirmativamente a la pregunta sobre si recomendaría el hospital a otras personas) . (Mira et al., 1998, p.10)

“Del mismo modo, las puntuaciones SERVQHOS han demostrado suficiente interrelación con una medida global de la satisfacción del paciente” (Mira et al., 1998, p.10). “Una ventaja adicional de este tipo de instrumentos es que permite identificar oportunidades de mejora y, por tanto, capacita para la toma de decisiones a la Dirección y al staff” (Mira et al., 1998, p.10).

“La satisfacción hace alusión a la atención sanitaria en general, es decir, tanto al trabajo técnico como a la relación interpersonal” (Monteagudo et al., 2003, p.264). “Conocer la satisfacción del paciente puede permitir predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico y el retorno al mismo centro ante otro episodio” (Monteagudo et al., 2003, p.264). “En el *cumplimiento terapéutico* desempeña un papel importantísimo la información al paciente, así como la actuación del personal sanitario para capacitar al paciente para su propio autocuidado y su propio manejo” (Monteagudo et al., 2003, p.264). “El *retorno* al mismo centro adquiere una gran importancia desde el momento en que el paciente tiene la opción de elegir libremente el médico y el centro sanitario” (Monteagudo et al., 2003, p.264). “De esta manera, la pérdida o conservación de pacientes, al igual que en el sector privado, se convierte en un indicador de calidad⁵⁻⁷” (Monteagudo et al., 2003, p.264).

Desde este punto de vista, la insatisfacción del usuario conduce a una menor confianza en el centro asistencial y a una pérdida de reputación del hospital, con el consiguiente incremento del coste económico y el deterioro de imagen, que perjudica a toda organización sanitaria . (Monteagudo et al., 2003, p.264)

1.4 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que afectan la calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui en Abril- Diciembre 2016??

1.5 Justificación del estudio

El constante esfuerzo por ofrecer servicios de salud de calidad debe trascender al hecho que sea un ámbito privado o público, las instituciones de salud buscan optimizar la atención, entendiendo que la calidad dejó de ser un valor agregado, constituyendo ahora una condición necesaria de la atención en salud.

Las instituciones de salud, considerando las múltiples opciones de atención (tanto estatales, privadas y mixtas) que tienen los pacientes, buscar fidelizar a la población, conocer los problemas críticos que afectan la calidad de atención y diseñar las estrategias para viabilizar las soluciones.

El paciente quirúrgico, socializa su experiencia de atención que constituye un referente para formar la reputación y prestigio de una institución. Su grado de satisfacción, no se relaciona directamente con el cumplimiento de protocolos de atención, sino que se ve reforzado por factores relativos a través del proceso.

Es de suma importancia replantear las políticas en este aspecto, reconociendo aquellos aspectos de la atención que debemos evaluar, mejorar y someter a una reingeniería de procesos para obtener el mejor resultado en la atención de los pacientes.

Dentro de estos objetivos debemos priorizar los aspectos acerca de la seguridad del paciente, la comunicación e información adecuada con el entorno familiar, confrontando nuestros resultados con las instituciones del sector.

Por otra parte, el estudio brinda un gran aporte a la ciencia, ya que sirve como base científica a otros estudios en el cuidado de la población infantil, asimismo documentar las actuaciones de enfermería a un solo criterio proporciona un canal de comunicación entre el personal, que son a su vez un punto de partida para asegurar la calidad de la asistencia.

Asimismo, esta investigación benefició a todo el personal de salud: médicos, enfermeras, técnicos, docentes, estudiantes y de forma específica y primordial las familias y los niños atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Regional Lambayeque lo que permitirá asegurar mejoras en el cuidado a través de la guía de Enfermería que se proponen con el fin de salvaguardar la vida de las personas.

1.6 Hipótesis

HI.

Existen factores que afectan la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui.

HO.

No existen factores que afectan la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui.

1.7 Objetivos

1.7.1 General

Determinar los factores que afectan la calidad de atención del paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- Essalud.

1.7.2 Específicos

- Identificar los aspectos tangibles de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- Essalud
- Identificar la fiabilidad de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- Essalud.
- Identificar la sensibilidad de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- Essalud
- Identificar la seguridad de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- Essalud
- Identificar la empatía de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- Essalud.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de investigación

“La investigación fue de tipo no experimental porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

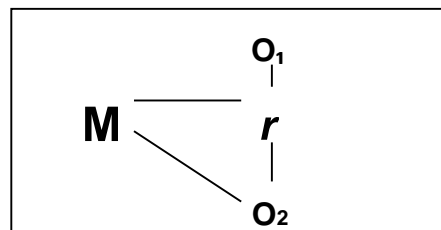
Por su naturaleza fue cuantitativo porque tuvo que describir y explicar los fenómenos asociados a las variables en estudio y fueron susceptibles de cuantificación, se utilizó la metodología empírico analítico y se sirvió de pruebas estadísticas para el análisis de datos . (Hernández et al., 2006, p. 244-259)

“La presente investigación fue es de Enfoque Cuantitativo, porque se midieron los indicadores, ya que se busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren” (Podestá, 2012, p.80).

La investigación fue correlacional o Ex post facto porque tuvo como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. . (Hernandez Sampieri, 1997).

El Diseño utilizado fue correlacional porque se examinaron los efectos de las variables, asumiendo que la variable independiente ha ocurrido señalando efectos sobre la variable dependiente.

Esquema:



Dónde:

M = Pacientes quirúrgico electivo en servicio de cirugía general.

Hospital II Luis Heysen Incháustegui.

O₁ = Factores

O₂ = Calidad de atención.

r = Relación de las variables de estudio.

2.2. Variables y Operacionalización

Variable independiente: Factores

Definición Conceptual

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2010).

Definición Operacional

Variable independiente: Calidad de atención

Definición Conceptual

Desde la óptica de las percepciones de los pacientes, puede ser definida como: la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los pacientes y sus percepciones. (Horovitz, 1997).

Definición Operacional

Para evaluar la variable calidad se utilizó un cuestionario para medir la calidad percibida de la atención hospitalaria basada en SERVQUAL que adopta el nuevo formato de respuesta sugerido por Parasuraman. El Cuestionario SERVQHOSP-e, que ha mostrado confiabilidad y sensibilidad para determinar la calidad de atención en los diferentes escenarios del ámbito hospitalario.

2.2.1 Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	INDICADORES
Factores	Son el conjunto de causales que pueden llevar a influir sobre algo	La variable fue medida a través de las preguntas planteadas en el instrumento	TIEMPOS DE ESPERA	Tiempo de Espera para Cirugía
				Tiempo de Espera Exámenes y Evaluaciones Complementarias
				Tiempo de espera para atención medica
			INFORMACIÓN, Y ACCESOS	Falta de Información sobre procesos
				Difícil Acceso al Hospital
			ATENCIÓN	Atención por personal paramédico
				Médico tratante

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Ítems/índices
Calidad de atención	La variable mide la calidad de atención del paciente.	La variable fue medida a través de un cuestionario para este objeto de estudio.	1. ASPECTOS TANGIBLES	Tecnología de Punta. Infraestructura adecuada	<ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales excelentes tienen equipos de apariencia moderna. - Los equipos del Hosp. Heysen EsSalud tienen la apariencia de ser modernos. - Las instalaciones físicas de los hospitales excelentes son visualmente atractivas 	I=10 Validación de 1 a 7
			2.FIABILIDAD	Expectativa Interés en el Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando los Hospitales excelentes prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen. - Cuando en el Hosp. Heysen EsSalud prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen. - Cuando un paciente tiene un problema, los hospitales excelentes muestran un sincero interés en solucionarlo 	I=10 Validación de 1 a 7
			3.SENSIBILIDAD	Comunicación. Información oportuna Servicio Excelente	<ul style="list-style-type: none"> - En un hospital excelente, los médicos y enfermeras comunican a los pacientes cuándo concluirá la realización de un servicio. - Los médicos y enfermeras del Hosp. Heysen EsSalud, informan con precisión a los pacientes cuándo concluirá la realización de un servicio 	I=10 Validación de 1 a 7

					- En un hospital excelente, los trabajadores ofrecen un servicio rápido a sus clientes	
			4.SEGURIDAD AD	Comportamiento Confianza. Seguridad	<p>El comportamiento de los médicos y enfermeras de los Hospitales excelentes transmite confianza a sus pacientes.</p> <p>- El comportamiento de los médicos y enfermeras del , Hosp. Heysen EsSalud le transmite confianza.</p> <p>- Los pacientes de los Hospitales excelentes se sienten seguros de las intervenciones quirúrgicas que les van a realizar</p>	I=10 Validación de 1 a 7
			5.EMPATIA	Atención Individualizada. Horarios Convenientes	<p>- Los hospitales excelentes dan a sus pacientes una atención individualizada.</p> <p>- En el Hosp. Heysen EsSalud le dan una atención individualizada.</p> <p>- Los hospitales excelentes tienen horarios de consulta convenientes para todos sus pacientes</p>	I=10 Validación de 1 a 7

2.3. Población y muestra.

2.3.1 Población

Se ha considerado en el presente trabajo de investigación a todos los egresos que tiene el Servicio de Cirugía General durante los meses de Julio a noviembre 2016, que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mayor de 18 años.
- Programado para cirugía electiva en la especialidad de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui.
- Paciente con orden de alta firmada y consentida.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con discapacidad mental aparente y/o diagnosticada
- Pacientes con alteraciones del lenguaje
- Pacientes sedados por acción medicamentosa
- Pacientes que no sabían leer y escribir
- Pacientes de muy avanzada edad con incapacidad (deterioro cognitivo) para entender el cuestionario y el consentimiento informado

Muestra: se ha calculado aplicando la fórmula para poblaciones finitas de acuerdo a los siguientes estándares:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (seguridad del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso $5\% = 0.05$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- d = precisión (5%).

Tomando en consideración que los egresos y aplicando la fórmula y fracción muestral:

$n = 180.65124 / 2.654976 = 68.04$

Resulta un número de 68 cuestionarios resueltos por los pacientes egresados del Servicio de Cirugía General durante ese periodo de tiempo.

Muestreo probabilístico: Subgrupo de la población en el que todos los elementos de ésta tienen la misma posibilidad de ser elegidos (Podestá, 2012, p.83).

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnicas

“Las técnicas son procedimientos sistematizados, operativos que sirven para la solución de problemas prácticos” (Sánchez & Reyes, 2006). “Las técnicas deben ser seleccionadas teniendo en cuenta lo que se investiga, porqué, para qué y cómo se investiga” (Sánchez & Reyes, 2006). La técnica utilizada en esta investigación fue la encuesta.

2.4.2 Instrumentos

Se empleó como instrumento principal el Cuestionario SERVQHOSP-e, que ha mostrado confiabilidad y sensibilidad para determinar la calidad de atención en los diferentes escenarios del ámbito hospitalario.

Consta de 19 preguntas, se agrupan en las 05 dimensiones que se investigaron en el presente trabajo (aspectos tangibles, fiabilidad, sensibilidad, seguridad y empatía) dirigido a la población de la muestra de manera aleatoria. Previo a ello, se entrega un Consentimiento Informado acerca del estudio y debe ser

firmado por paciente, absolviendo las preguntas y dudas que se presentaran. La validez y confiabilidad ya se ha demostrado a través de otras investigaciones en este tópico. Para la confiabilidad se utilizó el estadístico de alfa de Cronbach que correspondió a 0.87.

2.4.3 Metodología

Esta investigación comprendió los siguientes métodos:

Observación: “Proceso de conocimiento por el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en el objeto de conocimiento” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, págs. 244-259).

Análisis: “Es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades” (Hernández et al., 2006). “El análisis permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes” (Hernández et al., 2006, 244-259).

Abstracción: “Mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos tratando de descubrir el nexo esencial oculto e inasequible al conocimiento empírico” (Hernández et al., 2006, 244-259).

“Por medio de la abstracción el objeto es analizado en el pensamiento y descompuesto en conceptos; la formación de estos es el modo de lograr un nuevo conocimiento concreto” (Hernández et al., 2006, 244-259).

Inductivo: “Procedimiento mediante el cual a partir de acontecimientos únicos se pasa a propuestas generales, lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en la formulación de la hipótesis” (Hernández et al., 2006, 244-259).

2.5. Métodos de análisis de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la escuela de post grado de la Universidad Cesar Vallejo, se solicitó el permiso a la institución donde se realizó la investigación, obtenido ello se firmó el consentimiento informado a la muestra identificada que reúna los criterios de inclusión, luego se procedió a la

recolección de la información mediante la aplicación de los instrumentos. Finalmente se verificó que todos los instrumentos estuvieran debidamente llenados para iniciar el procesamiento de los datos.

Se realizó el procesamiento estadístico utilizando el software SPSS versión 24 para la presentación, análisis e interpretación de los resultados finales de la investigación.

2.6. Aspectos éticos

Para esta investigación se aplicaron los principios planteados en el informe Belmont:

Principio de la Beneficencia. “Este principio consiste en tratar a las personas de una manera ética que implica no solo respetar a sus decisiones, sino también procurar su bienestar” (Adrianzén, 2012, p.90). “En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles” (Adrianzén, 2012, p.90).

Este principio se tuvo en consideración al momento de entrevistar a los paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui- EsSalud, evitando causarles daño u ofenderlas con las preguntas que se plantearon, además se respetó en todo momento cada opinión que expresaban, la finalidad fue lograr que participen para identificar las competencias laborales de los usuarios; así fue como garantizamos la práctica de este principio.

Principio de Justicia. “Se habla de justicia en el sentido de equidad en la distribución o lo que se merece” (Adrianzén, 2012, p.90). “Una manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad, por eso se siguió este principio brindando un trato justo, sin distinción y equitativo durante el acercamiento a cada usuario” (Adrianzén, 2012, p.90).

Se describe en este principio que ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún derecho, en este estudio se respetó los derechos del paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen

Inchaustegui- EsSalud, en cuanto a la información brindada por tanto prevaleció la confidencialidad de los datos.

Principio de Respeto a la dignidad humana. “El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los trabajadores deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas” (Adrianzén, 2012, p.90). “Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida” (Adrianzén, 2012, p.90).

Se tuvo en cuenta esta convicción ética que determinó que cada paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui- EsSalud fuera tratado como agente autónomo, pues fueron ellas quienes decidieron colaborar con la investigación firmando el consentimiento informado, con previa explicación detallada sobre el propósito informado, con previa explicación detallada sobre el fin de esta.

III.- RESULTADOS

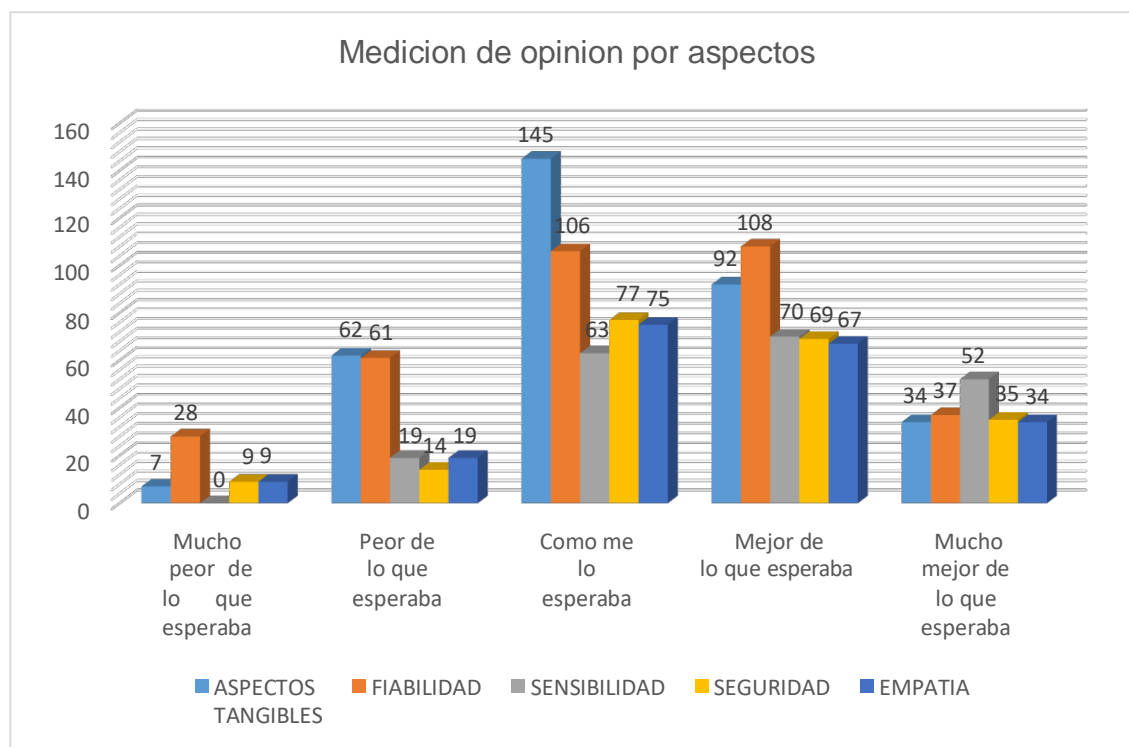


Fig. 1 Evaluación de dimensiones de Calidad de Atención

Fuente: Encuesta aplicada Hospital II Luis Heysen Incháustegui

Factores que influyen en la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Incháustegui.

En la figura 1 se aprecia que respecto a los aspectos tangibles de la calidad el 79.70% de los encuestados respondió que recibió esta atención como la esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba. Dentro de esta dimensión un 20.30% respondió que era peor o mucho peor de lo que esperaba.

En esta figura 1 se observa también que en lo que respecta a la fiabilidad, el 73.82% de los encuestados respondió que recibió esta atención como la esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba. Dentro de esta dimensión un 26.18% respondió que era peor o mucho peor de lo que esperaba.

Respecto a la sensibilidad, se puede apreciar que, en el 85.78% de los encuestados respondió que calificaría como la esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor

de lo que esperaba, mientras un 14.22% lo alificaría como peor o mucho peor de lo que esperaba.

En los aspectos que tienen que ver con la seguridad, el 88.72% respondió en la encuesta que la calificaría como la esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba, mientras que un 11.18 % peor o mucho peor de lo que esperaba.

Por último, en lo referente a empatía, el 86.27% respondió en la encuesta que la calificaría como la esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba, mientras que el 13.73 % peor o mucho peor de lo que esperaba.

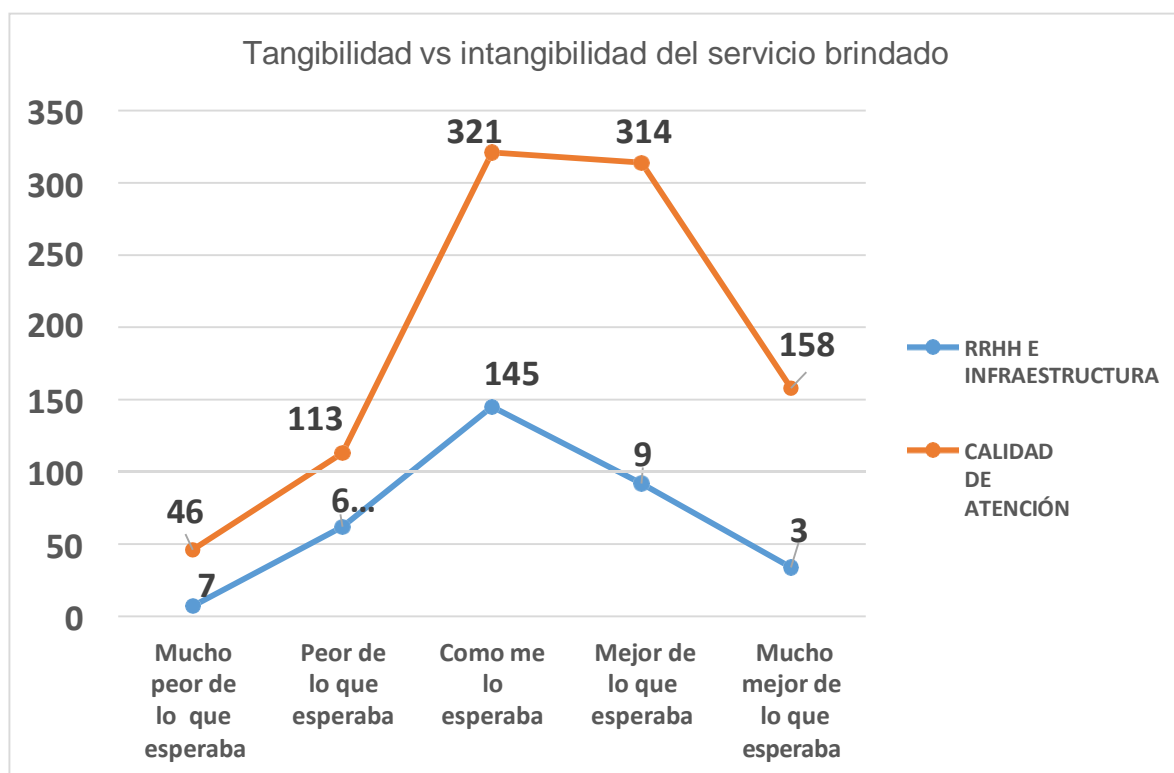


Figura 2 Relación entre los aspectos Tangibles e Intangibles de Calidad de Atención

Fuente: Encuesta aplicada Hospital II Luis Heysen Incháustegui

En la figura 2, lo que se aprecia es que la población que fue sometida a la investigación, percibe que los aspectos intangibles, inherentes a la atención del personal y su esmero por procurar la mejor experiencia la paciente, son mejor evaluados que los aspectos tangibles que tienen que ver con la infraestructura.

Tabla 1 .

Distribucion de pacientes por sexo

SEXO DE PACIENTES	
Varones	38
Mujeres	30

Fuente: Encuesta aplicada Hospital II Luis Heysen Incháustegui

En la Tabla 1, se puede apreciar que el 55.88 fueron varones y el 44.22 mujeres en el estudio realizado, no encontrando diferencia significativa entre ellos.

Tabla 2

RECOMENDARIA AL HOSPITAL	Nro	%
SI, CATEGORICAMENTE	32	47.05%
SI, CON ALGUNAS RESERVAS	24	35.29%
NO LO RECOMENDARIA	12	17.64%

Fuente: Encuesta aplicada Hospital II Luis Heysen Incháustegui

En la Tabla 2 , se puede apreciar que el 82.34% de pacientes recomendaria el hospital a sus allegados o familiares, mientrasque un 17.68% no lo recomendaria.

Tabla 3.

Factores que influyen en la calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en servicio de cirugía general. Hospital II Luis Heysen Incháustegui. Pimentel Abril – Diciembre 2016

Factores	Afecta Significativamente	Afecta No significativamente	No afecta	TOTAL
Tiempo de Espera para Cirugía	53	15	0	68
Tiempo de Espera Exámenes y Evaluaciones Complementarias	48	15	5	68
Falta de Información sobre procesos	40	28	0	68
Atención por personal paramédico.	25	35	8	68
Difícil Acceso al Hospital	12	18	38	68
Tiempo de espera para atención medica	22	30	16	68
Médico tratante	15	40	13	68

Fuente: Encuesta aplicada Hospital II Luis Heysen Incháustegui

IV.- DISCUSIÓN

De acuerdo a Lyu et al, en su estudio de la satisfacción del paciente puntualizo que, a pesar de cumplir con todos los protocolos de seguridad y actuación en el manejo de pacientes hospitalizados, esta satisfacción no se vincula necesariamente con los aspectos tangibles, coincidiendo con el resultado obtenido en nuestra investigación. Los aspectos intangibles determinan una diferencia que asumimos, depende de la cultura organizacional de cada establecimiento.

En el estudio realizado por Borre Ortiz, Yeis Miguel (2013), coincide en encontrar en su evaluación de la calidad de atención dada por la enfermera una 78% que respondió mejor y mucho mejor de lo que esperaba, corroborando el dato que hemos encontrado en la tesis. El porcentaje promedio de lo que se encuentra en el trabajo es de 82.858%, prácticamente sin diferencia significativas, en las dimensiones intangibles mayores puntajes de aceptación y aprobación que en las tangibles.

Asimismo también se corrobora con García (2013). En *“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 Periodo Febrero – Mayo 2013”*. “El objetivo fue identificar la percepción y la expectativa de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as externos en los diferentes servicios de salud en el período de marzo-abril 2013” (García, 2013); “determinando el nivel de fiabilidad, la capacidad de respuesta, el grado de empatía, la seguridad y los aspectos tangibles que brinda el Centro de Salud Delicias de Villa – Chorrillos” (García, 2013). “Materiales y Métodos: Análisis secundario de los datos de la Encuesta SERVQUAL modificada para los establecimientos de salud por medio del programa Microsoft Excel 2010 aplicativo Epi Info, validado según RM 52-2011 MINSA” (García, 2013). “Fueron entrevistados 192 usuarios del Centro de Salud Delicias de Villa Chorrillos respectivamente de los diferentes servicios ofrecidos en el centro de salud” (García, y otros, 2011)

Podestá Gavilano, Luis (2012) en su estudio de la calidad de atención de pacientes quirúrgicos referidos al Hospital EsSalud de Vitarte, encontró que esta fue percibida como buena en un 52%, no coincidiendo con lo manifestado por Borre Ortiz Yeis M, ni con los resultados obtenidos en el presente trabajo. Desde los aspectos tangibles de sus resultados se nota una tendencia de mantenerse en un promedio de 50 a 55 % de calificativo de buena, siendo su puntuación más baja en la sensibilidad que se desempeñó con un 54% de calificación como buena.

Según lo manifestado por Obregón et al; la información que se da al paciente y familiares es determinante para la percepción de calidad, por ende, este es uno de los aspectos que encontramos con una muy baja puntuación dentro del análisis de la data obtenida; 54 (79.41%) respondieron que esta información era mucho peor, peor o como se le esperaba.

El tiempo de espera para recibir atención medico fue superior al promedio, con un 42% respondieron que esta información era mucho peor, peor o como se le esperaba.

Otro aspecto a destacar es la facilidad para llegar a nuestro hospital dada su ubicación, y que recibimos pacientes generalmente referidos de lugares apartados y fuera del departamento; la facilidad para llegar se calificó como mucho peor, peor o como se le esperaba en un 64%.

V.- CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados se concluye:

Conclusión Objetivo General

- Se acepta la afirmación de la hipótesis planteada, pues se evidencia que existen factores que influyen sobre la calidad de atención, falta de información, facilidad de llegar al hospital, tiempo de espera para ser atendido en cirugía.

Conclusión de objetivos Específicos

- Los aspectos tangibles han sido calificados como mejor de lo que esperaba, mucho mejor de lo que esperaba y como lo esperaba en un 79.70, con un buen nivel de aceptación.
- La fiabilidad se calificó como mejor de lo que esperaba, mucho mejor de lo que esperaba y como lo esperaba en un 79.70%, con un buen nivel de aceptación, siendo principalmente afectada por la inadecuada información que el médico da al paciente al ser solicitado.
- Un 85.73% calificó la sensibilidad como mejor de lo que esperaba, mucho mejor de lo que esperaba y como lo esperaba.
- La seguridad 88.72 fue calificada como mejor de lo que esperaba, mucho mejor de lo que esperaba y como lo esperaba.
- La empatía 86.27% fue calificada como mejor de lo que esperaba, mucho mejor de lo que esperaba y como lo esperaba.
- El 82.34% recomendaría el hospital a familiares o allegados.

VI.- RECOMENDACIONES

Se sugiere a las autoridades del Hospital II Luis Heysen Incháustegui que se diseñen y apliquen planes de mejora para disminuir los tiempos de espera que puedan llevar a optimizar la atención en menos tiempo del que actualmente es el promedio.

Se sugiere a los trabajadores del Hospital II Luis Heysen Incháustegui que lleven cursos de capacitación sobre la gestión de calidad de atención al paciente para mejorar su nivel de satisfacción.

Se sugiere a la Universidad César Vallejo que promueva investigaciones sobre la línea de investigación referente a la calidad de atención del paciente en diferentes ámbitos de atención hospitalaria y extrahospitalaria.

VIII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrianzén, M. F. (2012). *Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia Hospital Almanzor Aguinada Asenjo 2011*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina. Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/394/1/TL_Adrianzen_Quevedo_Maricarmen.pdf
- Aguirre, H. (1997). Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, XXXIV(04)*, 257 - 264. Obtenido de <http://bvs.insp.mx/articulos/2/3/01112000.pdf>
- Aguirre, H. G., Zavala, J. A., Hernández, F., & Fajardo, G. (septiembre - octubre de 2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos, LXXVIII(05)*, 456 - 462. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
- Agurto, L. S., Ancajima, Y. M., Díaz, R. Y., & Melgarejo, J. *CUMPLIMIENTO DE LA APLICACION DE UN REGI ENFERMERIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2017*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/813/Cumplimiento_AgursoAguiar_Lissbet.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Alejo, M. (2016). *Propuesta de Plan de Mejora Continua para optimizar la calidad de atención del usuario externo del Servicio de Medicina del Policlínico La Casa de la Salud, Región Ancash, 2016*. Universidad César Vallejo. Huaraz - Perú: Universidad César Vallejo.
- Álvarez, F., Conti, L., Valderrama, F., Moreno, O., & Jiménez, I. (2006). *Salud ocupacional*. Bogotá - Colombia: ECOE Ediciones.

- Arancibia, M. (16 de 08 de 2003). *Temas de Ingeniería Industrial*. Obtenido de <http://www.geocities.com/maag111063/index.html>
- Arriagada, I., Aranda, V., & Miranda, F. (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas* (Vol. 114). Santiago de Chile, Chile, Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Obtenido de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6119/S051049_es.pdf?sequence=1
- Arteaga, N. E. (2011). *Aprender el cuidar – cuidado para el paciente en situación de emergencia desde la perspectiva de la interna(o) de enfermería*. Universidad Nacional de Trujillo, Ciencias de Enfermería. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo. Obtenido de http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5440/Tesis%20doctoral_Nancy%20Esmeralda%20Arteaga%20Lujan.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Atencia, K. d. (2013). *Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha, Quito 2013*. Universidad Técnica Particular de Loja, Área Biológica. Quito - Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja. Obtenido de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/9145/1/Atencia_Vega_Karina_Del_Rocio.pdf
- Ávalos, M. I. (2010). *La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud Consideraciones teóricas y metodológicas*. Madrid: Ediciones Horizonte Sanitario.
- Báez, F. J., Nava, V., Ramos, L., & Medina, O. M. (agosto de 2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, IX(02), 127 - 134. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112142002.pdf>
- Bardales, Y. (2016). *Nivel de satisfacción del usuario de la consulta externa del Centro de Salud San Miguel, Cajamarca. 2016*. Tesis para optar el grado de Magister en Gestión de Servicios de salud, Universidad César Vallejo, Cajamarca.
- Barragán, J. A., Pedraza, Y. D., & Rincón, M. R. (mayo - agosto de 2013). Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja,

2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, XXXI(02), 187 - 193.
Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113004.pdf>

Briones, E., Romero, A., Marín, I., & Frigola, E. (2009). Estrategias de implementación de GPC. Cómo facilitar el cambio. En G. d. GPC, *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico* (págs. 39 - 52). Madrid, España: Ministerio de Ciencia e Innovación. Obtenido de http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf

Cabarcas, I. N., Montes, A., & Ortega, G. (2009). Satisfacción del Paciente Hospitalizado con la Atención de Enfermería en una Institución de Salud de la Ciudad de Cartagena, Colombia. *Encolombia*, XII(01). Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-121/satisfacciondelpacientehospitalizado/>

Campos, S., Sasbón, J. S., & von Dessauer, B. (2012). Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Medicina Intensiva*, XXXVI(01), 03 - 10. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v36n1/original1.pdf>

Carrillo, D., & Fuentes, D. Y. (2003). *Evaluación de la calidad en el servicio con base en percepciones del cliente externo*. Universidad de las Américas Puebla. Puebla - México: Universidad de las Américas Puebla.

Castro, S., Niotti, G., & Quiñones, N. (2010). *Calidad en la atención de la salud desde la auditoría médica*. Obtenido de http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/calidad_de_la_atencion_medica%20%20Niotti.pdf

Chindoy, W. L. (2006). *Propuesta para la implementación de un sistema de gestión de la calidad de la E.S.E. Hospital San Lorenzo de Liborina - Antioquia, con énfasis en procesos administrativos en el año 2006*. Universidad de Antioquia. Medellín - Colombia: Universidad de Antioquia.

Coello, P. A., Arguis, S., Atienza, G., Beltrán, C., Bernabeu, M., & Blas, M. P. (2016). *Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico*. Madrid, España:

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Recuperado el 06 de 04 de 2018, de http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf

Crizón, I., & Martínez, L. (2015). *Evaluación de la calidad del cuidado en la unidad de cuidados intensivos adulto de la clínica universitaria san juan de dios, durante el período de junio a septiembre de 2014*. Universidad de Cartagena, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS. Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena. Obtenido de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2791/1/TESIS%20GRADO.pdf>

De Freitas, J. S., De Camargo, A. E., Minamisava, R., Queiroz, A. L., & De Sousa, M. R. (mayo - junio de 2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, XXII(03), 454 - 460. doi:10.1590/0104-1169.3241.2437

Deming, W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Donabedian, A. (1986). *Quality Assurance in Our Health Care System*. American College. Michigan: Journal of the American Medical Association.

Evans, J. y. (2000). *Administración y Control de la Calidad*. México: International Thompson Editores.

Fernández, Z. (2015). *Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: la implicación de los padres en los cuidados (Tesis de enfermería)*. Universidad de Cantabria. Cantabria, España: Universidad de Cantabria. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/6755/FernandezArizmendiZ.pdf?sequence=1>

Fierro, R. I. (2006). *Sistema de Gestión de Control de la Calidad Total en Viviendas Básicas*. Universidad Austral de Chile, Facultad de Ciencias de la Ingeniería. Valdivia - Chile: Universidad Austral de Chile. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/bmfcif465s/doc/bmfcif465s.pdf>

- García, A. (2004). *Gestión de la calidad asistencial en cirugía oral y máxilofacial: análisis de 15 años de registros de actividad del servicio de cirugía máxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío*. Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina. Sevilla, España: Universidad de Sevilla. Obtenido de http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/282/Original_S_TD_G_236.pdf
- García, M. d., Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y., & Salvador, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, XX, 74 - 80. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/714/71421163009.pdf>
- González, N. (2007). *Evaluación de la calidad asistencial percibida de los usuarios ingresados en centros hospitalarios del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. Validación de un cuestionario de satisfacción*. Universidad del País Vasco. España: Universidad del País Vasco. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=19759>
- Grupo de trabajo sobre GPC. (2007). *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Madrid, España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_431_Ca_Prostata_ICS_compl.pdf
- Guamán, M. M., & Sumba, M. F. (2013). *Propuesta de estrategias para el mejoramiento de la calidad de los cuidados al usuario externo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca– Ecuador*. Universidad Politecnica Salesiana, Administración de Empresas. Cuenca, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5232/6/UPS-CT002751.pdf>
- Guerrero, R., Meneses, M. E., & De La Cruz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, IX(02), 127 - 136. Obtenido de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

- Gutierrez, M., & Quispe, O. S. (2016). *Efectividad de una Guía de cuidados de enfermería en la aparición de complicaciones en pacientes con acceso venoso central en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital del Seguro Social*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, XXXI Programa de Especialización en Cuidados Intensivos. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Obtenido de <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/434/Efectividad%20de%20una%20guía%20de%20cuidados%20de%20enfermería%20en%20la%20aparición%20de%20complicaciones%20en%20pacientes%20con%20acceso%20venoso%20central%20en%20la%20Unidad%20de%20cuidados%20in>
- Hernandez Sampieri, R. e. (1997). *Metodología de la Investigación Científica*. México: MCGRAW-HILL .
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación Científica*. México: Mcgraw-Hill.
- Horovitz, J. (1997). *La Calidad del Servicio. A la Conquista del Cliente*. . Madrid: Ed. Mc Graw Hill.
- Horta, S. E. (2014). *Guía de Práctica Clínica para el Paciente Pediátrico en Postoperatorio de Cirugía Cardíaca*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/46146/1/1016000971.2014.pdf>
- Huerta, E. A. (2015). *Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, enero del 2015*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4033/Huerta_me.pdf?sequence=1
- Huiza, G. A. (2006). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval. Callao. octubre – diciembre 2003*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina

- Humana. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Obtenido de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1891/1/Huiza_gg.pdf
- Juran, J. y. (1995). *Análisis y Planeación de la Calidad*, . México: McGraw Hill.
- Lasluisa, R. C. (2014). *Nivel de satisfacción de los usuarios externos en relación a la calidad de atención recibida por parte del personal de enfermería en el área de emergencia del Hospital General Latacunga en el período octubre del 2013 – abril del 2014*. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato - Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
Obtenido de
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8349/1/Lasluisa%20Lasluisa%2c%20Rolando%20Celso.pdf>
- Llombart, M. (2012). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas*. Madrid, España: Conselleria de Sanitat.
Obtenido de
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
- López, A. B., Torres, L. d., Viniegra, A., Dávila, J., & González, J. d. (2013). Desarrollo de guías de práctica clínica de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, XXI(03), 121 - 128. Obtenido de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim133a.pdf>
- Lucero, E., Herrera, L. M., & Jaramillo, P. R. (2015). *Calidad de Servicio al Estudiante en la Docencia Universitaria*. Universidad de Guayaquil. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil. Obtenido de
<http://www.eumed.net/rev/atlante/2015/07/servicio-estudiante.html>
- Lyu, H., Wick, E. C., Housman, M., Freischlag, J. A., & Makary, M. A. (2013). Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. *JAMA Surgery*, CXLVIII(04), 362 - 367. Obtenido de
<https://pdfs.semanticscholar.org/a1f9/af9c090c1e049028ec8ffa8dc601f4324e81.pdf>
- Minchón, A., Díaz, M., Cutilla, M. A., De Porras , R., Domínguez, G., & Vázquez, M. P. (julio de 2011). Análisis de satisfacción del paciente quirúrgico en

oftalmología. *Enfermería Global*, X(23), 298 - 309. doi:10.4321/S1695-61412011000300020

- Ministerio de Salud [MINSa]. (2015). *Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud*. Lima, Perú: Biblioteca Nacional del Perú. Obtenido de <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/norma%20tcnica%20de%20guias%20practicadas%20clinicas%202015.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSa]. (2014). *Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto/A Con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (NTS N° 097 - MINSa/DGSP-V.02)*. Lima - Perú. Obtenido de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf
- MINSa. (2014). *Guías Técnicas de Procedimientos de Enfermería. Hospital de Emergencias Pediátricas*. Lima.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, IV(04), 01 - 15. Obtenido de http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf
- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J., . . . Herruzo, R. (enero de 2003). Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*, XVIII(05), 263 - 271. doi:10.1016/S1134-282X(03)77619-2
- Montgomery, D. (1996). *Introduction to Statistical Quality Control*. USA: John Wiley and Sons.
- Morales, V. S., & Oña, M. E. (2016). *Calidad de atención del personal de enfermeras relacionada con el grado de satisfacción de las pacientes en el Servicio del Centro Obstétrico del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito en el período noviembre 2015 - febrero 2016*. Universidad Central del Ecuador. Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador.

- Ninamango, W. (2014). *Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Enero del 2014*. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima.
- OPS, & FEPPEN. (2001). *Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería*. Washington, D.C - USA: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortegón, M. G., Álvarez, E. G., & Quiroz, G. D. (octubre - diciembre de 2011). Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, XVI(04), 208 - 2014. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114d.pdf>
- Ortiz, Y. M., & Vega, Y. V. (diciembre de 2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, XX(03), 81 - 94. doi:10.4067/S0717-95532014000300008
- Pastor, Y. (2017). *Influencia de un plan de mejora para disminuir los eventos adversos del personal de enfermería en el área crítica del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016*. Universidad César Vallejo. Cajamarca: Universidad César Vallejo.
- Pezoa, M. (2011). *Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos*. Chile: Gobierno de Chile. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7317_recurso_1.pdf
- Podestá, L. E. (2012). *Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3161/1/Podesta_gl.pdf
- Poleo, G. (28 de abril de 2016). *Plan de Gestion Empresarial*. Obtenido de IUTA Prof Gabriela Poleo: <http://profpoleo.blogspot.pe/2016/04/plan-de-gestion-empresarial-gestion.html>

- Procasep S.C. (03 de Abril de 2010). *Aspectos criticos en la mercadotecnia de servicios*. Obtenido de Mercadotecnia de Servicios: <http://mercadodeservicio.blogspot.pe/2010/04/unidad-4.html>
- Procasep S.C. (2010). *Aspectos criticos en la mercadotecnia de servicios*. Obtenido de *Mercadotecnia de Servicios*. Obtenido de <http://mercadodeservicio.blogspot.pe/2010/04/unidad-4.html>
- Quintero, B. (enero - marzo de 2001). Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad*, XXVI(01), 16 -22. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/870/87011272002.pdf>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*, 23.^a edición.
- Rivera, L. N., & Triana, Á. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Revista Encolombia*, X(04), 01 - 20. Obtenido de https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
- Rodríguez, M. (2012). *Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1120/1/Rodriguez_vm\(2\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1120/1/Rodriguez_vm(2).pdf)
- Rodríguez, V. M. (2016). Estudio español-francés de la metaforización biomédica en las guías de práctica clínica en el ámbito de las enfermedades raras. *Panacea@*, XVII(44), 144 - 149. Obtenido de http://www.tremedica.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea44_Diciembre2016.pdf
- Román, A. (julio de 2012). Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Medwave*, XII(06), 01 - 06. doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.06.5436>

- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima - Perú: Editorial Visión Universitaria.
- Soin, S. (1997). *Control de Calidad Total*, . México: McGraw Hill.
- Vázquez, D. L. (2012). *La calidad en el servicio al cliente una necesidad no satisfecha*. Universidad Veracruzana. Coatzacoalcos - México: Universidad Veracruzana. Obtenido de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31705/1/vazquezgeronimodamaris.pdf>
- Vélez, E. R. (2017). *Evaluación del cumplimiento de las normas y protocolos de atención integral de salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Pascuales en el 2015*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ciencias de la Salud. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Vidal, A. (2014). *Nivel de satisfacción y calidad de atención recibida por usuarios en la clínica odontológica de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte, Octubre – Noviembre 2011*. Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo.
- Villegas, E. (2016). *Propuesta de un plan de gestión para la mejora de la calidad de atención del usuario externo del Centro de Salud Pedro Ruiz Gallo Región Amazonas, 2015*. Universidad César Vallejo. Chachapoyas - Perú: Universidad César Vallejo.

ANEXO

Anexo 1: Instrumentos

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Basándose en su experiencia señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el Hospital II-1 “LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI” del Seguro Social de Salud EsSalud, ha sido mejor o peor de lo que Ud. esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga la X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el Hospital II-1 “LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI”					
La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (aparición, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo Tengo dudas Nunca

¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

Si No

¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario El tiempo necesario Más de lo necesario

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

Si No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

Si No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

Si No

Validez de los instrumentos
Confiabilidad de los instrumentos

TABLA DE ESPECIFICACIONES
Evaluación del CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

I. Datos Informativos:

- Autor : . Julio Cesar Arana Delgado
-
- Tipo de instrumento : Cuestionario, tipo escala valorativa
- Niveles de aplicación : A paciente quirúrgico electivo en servicio de cirugía general. Hospital II Luis Heysen Incháustegui
- Administración : Individual.
- Duración : 15 minutos.
- Materiales : Un ejemplar, instrumento impreso, lapicero.
- Responsable de la aplicación : Autor

II. Descripción y propósito:

El instrumento que se utilizará consta de 19 ítems, que están comprendidos en las dimensiones de la variable independiente

III. Tabla de Especificaciones:

Dimensión	Indicador de evaluación	Ítems	Puntaje
CONFIABILIDAD	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa	1,2,3,4 y 5	Satisfecho Insatisfecho
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente y proporcionar el Servicio	6,7,8,9	
SEGURIDAD	Conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.	10,11,12,13,	
EMPATÍA	Atención Individualizada que ofrecen las empresas a los consumidores	14,15,16,17,18	
ELEMENTOS TANGIBLES	Apariencia de las instalaciones físicas equipos, personal y materiales de comunicación.	19,20,21,22	
Total		19 ítems	

I. Opciones de respuesta:

Nº de ítems	Puntaje
1 – 19	Deficiente
	Regular
	Bueno

II. Niveles de valoración:

Ficha Técnica del Instrumento de Recolección de Datos

1. Nombre del instrumento	- Evaluación de la Calidad de la atención
2. Autor	- Julio Cesar Arana Delgado
3. Año	- 2016
4. Tipo de instrumento	- Cuestionario
5. Tipo de reactivos	- Preguntas cerradas y selección única.
6. Administración	- A los pacientes quirúrgicos electivos en servicio de cirugía general. Hospital II Luis Heysen Inchaustegui
7. Duración	- 10 minutos.
8. Validación	- A juicio de tres expertos
9. Muestra piloto	- Aplicación del instrumento para evaluar la calidad de la atención para determinar la confiabilidad.
10. Confiabilidad	- Alfa de Cronbach 0,87
11. Materiales	- Instrumento impreso

	- Lapicero
12. Significancia	- El instrumento consta 19 ítems de opinión que miden la calidad de la atención

Tabla 1: GENERACIÓN DE BAREMOS SATISFACCIÓN

<i>Escala de calificación</i>	<i>CATEGORÍAS</i>
>60%	<i>Por mejorar</i>
40 – 60 %	<i>En Proceso</i>
<40%	<i>Aceptable</i>

Tabla 2: ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
<i>Válidos</i>		100,0
Casos <i>Excluidos^a</i>	234	
<i>Total</i>	0	,0
	234	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,87	19

Se diseñó un cuestionario de 19 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems. Dónde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Item

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,87; indicando que es altamente confiable

Anexo 2: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION					
TITULO: FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE ATENCION EN EL PACIENTE QUIRURGICO ELECTIVO EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL					
HO SPITAL II LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI ABRIL-DICIEMBRE 2016					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	VARIABLES DE ESTUDIO	INDICADORES	METODOLOGIA DE INVESTIGACION
1.- Problema	1.- Objetivo General	1.- Hipótesis General	Variable 1		Tipos de Investigación
¿Cuáles son los factores que afectan la calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui en Abril-Diciembre 2016?	Identificar los factores que afectan la calidad de atención del paciente quirúrgico electivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui-Essalud.	Existen factores que afectan la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui.	Calidad de Atención	1.- Aspectos tangibles 2.- Fiabilidad. 3- Sensibilidad. 4.- Seguridad. 5.- Empatía	
	2.- Objetivos Específicos		Variabe 2		Método de investigación
	2.1 Identificar los aspectos tangibles de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui- Essalud.	No existen factores que afectan la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui.	Pacientes quirurgicos referidos		El método de investigación es Quantitativa
	2.2 Identificar la fiabilidad de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui- Essalud.				Diseño de Investigación
					Para el presente trabajo de investigación de acuerdo a su naturaleza corresponde el diseño Descriptivo Correlacional
	2.3 Identificar la sensibilidad de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui- Essalud				Técnica
					Se empleó como instrumento principal el Cuestionario SERVQHOSP-e, que ha mostrado confiabilidad y sensibilidad para determinar la calidad de atención en los diferentes escenarios del ámbito hospitalario.
	2.4 Identificar la seguridad de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui- Essalud				Población
					Se ha considerado en el presente trabajo de investigación a todos los egresos que tiene el Servicio de Cirugía General durante los meses de Julio a Noviembre 2016 como la población general, que acepto participar en el estudio y que cumpla con los criterios de inclusion.
	2.5 Identificar la empatía de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos electivos del Servicio de Cirugía General del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui- Essalud				Muestra
					Se ha calculado aplicando la fórmula para poblaciones finitas de acuerdo a los estándares: resultando 68 pacientes a entrevistar

Anexo 3: Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

Chiclayo, 22 de marzo de 2018

Handwritten signature and a circled number '4'.

CARTA Nº 053-S.CIR-DC-DHII-LHI-OCYPAP-RAL-"JAV"-ESSALUD-2018

DR.
JULIO ARANA DELGADO
MÉDICO ANESTESIOLOGO
HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI
PRESENTE.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente lo saludo cordialmente y, a la vez informarle que respecto a su solicitud de ejecución en el Servicio de Cirugía de este hospital, del Trabajo de Tesis: FACTORES QUE AFECTAN CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PACIENTE QUIRÚGICO ELECTIVO EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI. PIMENTEL ABRIL – DICIEMBRE 2016.

Para optar el Grado de Magister en Gerencia de los Servicios de la Salud- Universidad Cesar Vallejo, esta Jefatura AUTORIZA que se ejecute dicho trabajo de tesis con las pautas que se nos alcanzó en la solicitud presentada.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Handwritten signature and official stamp of the Hospital II Luis Heysen Inchaustegui, Servicio de Cirugía.

CCR/kcv
CC. Archivo
Comité de Cap.
Folios: (-)
NIT: 4310-2018-025

Handwritten signature and date: 23/4/18, 8:33 AM.

www.essalud.lmb.pe

Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265 7000

ANEXO N° 4: Otros (fotos)

En respeto a la voluntad manifiesta de los entrevistados, estos no permitieron fotos para mantener su anonimato.

Anexo 5.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio titulado Plan de Mejora para el cuidado en la unidad de Cuidados intensivos pediátricos del Hospital Regional Lambayeque.

Entiendo que esta investigación tendrá como objetivo Proponer un Plan de Mejora para el cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Regional Lambayeque.

Entiendo que seré entrevistado en los horarios que yo determine y las preguntas estuvieron orientadas al objeto de estudio de esta investigación. También estoy enterada de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria mi participación y que aún después de iniciada puedo rehusarme a continuar participando del estudio. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Se me ha informado qué personas tendrán acceso a la información y se ha especificado cómo contactar con el responsable de esta investigación en caso si hubiera alguna duda.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi integridad.

A continuación detallo mis datos personales y consigno mi deseo de participar en este estudio:

Yo..... (Nombres y apellidos)
Identificado con DNI N°.....domiciliado
en.....

Declaro que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con.....(Nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mi integridad física ni psicológica.

Por lo tanto doy libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma-Participante

Firma-Investigador

Chiclayo 19 de Mayo de 2016

ANEXO N° 6: DATA DE LA INVESTIGACION

		PREGUNTAS						
N°		Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	mejor de lo que esperaba	Total		
RRHH E INFRAESTRUCTURA	ASPECTOS TANGIBLES	1 La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	3	6	36	17	68	
		2 La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	2	14	20	21	68	
		3 Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido	0	18	34	12	68	
		4 El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	0	17	28	14	68	
		5 El estado en que están las habitaciones del hospital (apariencia, comodidad) ha sido	2	7	27	28	68	
			7	62	145	92	34	
	FIABILIDAD	6 La información que los médicos proporcionan ha sido	3	21	30	12	68	
		7 El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	12	15	12	24	68	
		8 La facilidad para llegar al hospital ha sido	8	12	23	20	68	
		9 El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	2	6	21	25	68	
10 La puntualidad de las consultas médicas ha sido		3	7	20	27	68		
		28	61	106	108	37		
CALIDAD DE ATENCIÓN	SENSIBILIDAD	11 La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	0	5	18	26	68	
		12 La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesita ha sido	0	6	16	24	68	
		13 La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	0	8	29	20	68	
			0	19	63	70	52	
		14 La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	3	7	17	28	68	
SEGURIDAD	15 La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	2	3	32	20	68		
	16 El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	4	4	28	21	68		
		9	14	77	69	35		
	17 La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	8	5	25	20	68		
EMPATIA	18 La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	8	36	22	68		
	19 El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	0	6	14	25	68		
		9	19	75	67	34		
		46	113	321	314	158		

ANEXO N° 7: Autorización para publicación de Tesis

	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 2
--	---	---

Yo ...Julio Cesar Arana Delgado....., identificado con DNI N° „16400084 egresado de la Escuela dePost-grado..... de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **“Factores que afectan calidad de atención en el paciente quirúrgico electivo en servicio de cirugía general. Hospital II Luis Heysen Inchaustegui, Pimentel. Abril – Diciembre 2016”**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA

DNI: ...16400084.....

FECHA:01 de Agosto..... del 2018...

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

ANEXO N° 8: Acta de Aprobación de originalidad de Tesis



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Marina Caján Villanueva, Asesora del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisora de la tesis del estudiante, Julio Cesar Arana Delgado, titulado: **FACTORES QUE AFECTAN CALIDAD DE ATENCION EN EL PACIENTE QUIRURGICO ELECTIVO EN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI. PIMENTEL ABRIL – DICIEMBRE 2016**, constato que la misma tiene un índice de similitud de 9% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 07 de febrero de 2018



Dra. Marina Caján Villanueva
DNI-16419378

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Pimentel km. 3.5.