



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS  
SERVICIOS DE LA SALUD**

**Calidad del cuidado estandarizado y satisfacción de los usuarios.  
Centro de Salud Aranjuez, Trujillo, 2019.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORA:**

**Br. Dina Nerella Cabello Miranda (ORCID: 0000-0002-6450-0990)**

**ASESORA:**

**Dra. Eliana Jackeline Guzmán Avalos (ORCID: 0000-0003-2833-5665)**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud**

**Trujillo – Perú**

**2020**

## **Dedicatoria**

### **A DIOS:**

Por ser quien guía mi camino y me da la fortaleza necesaria para luchar por alcanzar mis metas.

### **A MIS HIJAS:**

Natalia de Jesús y Jhoselyn Krystell , a quienes amo profundamente y son el motivo de mi lucha constante. Gracias por su paciencia y apoyo permanente.

### **A MI ESPOSO:**

Por ser quien me entiende y me ayuda a batallar contra la adversidad, con su amor y respaldo me ayuda a lograr mis objetivos. Recibe esta dedicatoria como homenaje a tu apoyo incondicional.

### **A MI MADRE Y HERMANOS:**

Porque con sus palabras me hicieron sentir orgullosa de lo que soy. Espero ser siempre un ejemplo a seguir para ellos.

## **Agradecimiento**

### **A LOS JURADOS DE MI TESIS:**

Dra. Miryam G. Lora Loza, Mg. Iván  
Pereda Guanilo y Dra. Eliana Jackeline  
Guzmán Avalos

### **AL CENTRO DE SALUD ARANJUEZ:**

Por abrir sus puertas para llevar adelante la presente  
investigación.

PÁGINA DEL JURADO

## Declaratoria de Autenticidad

Yo, Dina Nerella Cabello Miranda, estudiante del Programa de Maestría de Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con número de DNI N° 17927348 con la tesis titulada “*Calidad del cuidado estandarizado y satisfacción de los Usuarios. Centro de Salud Aranjuez, Trujillo, 2019*”

Declaró bajo juramento que:

- La tesis es de mi autoría.
- 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.
- La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 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 la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (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.

Trujillo, 13 de noviembre del 2019

Firma.....



Br. Dina Nerella Cabello Miranda

DNI: 17927348

## Índice

	Pag.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria De Autenticidad	v
Índice	vi
Índice de Tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	12
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	12
2.2 Operacionalización de variables	13
2.3 Población y Muestra	16
2.3.1 Población	16
2.3.2 Muestra	16
2.3.3 Criterios de Selección	18
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	19
2.4.1 Técnicas	19
2.4.2 Instrumentos	19
2.4.3 validez y confiabilidad	20
2.5 Procedimientos	27

2.6	Métodos análisis de datos	27
2.7	Aspectos éticos	28
III.	RESULTADOS	29
IV.	DISCUSIÓN	36
V.	CONCLUSIONES	46
VI.	RECOMENDACIONES	47
VII.	REFERENCIAS	48
VIII.	ANEXOS	54

## Índice de Tablas

Tablas	Descriptor	Pág.
1	Identificación de la satisfacción del usuario	29
2	Identificación de la calidad de la atención	29
3	Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.	30
4	Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.	31
5	Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.	32
6	Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.	33
7	Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.	34
8	Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.	35



## RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre la calidad del cuidado estandarizado con la satisfacción de los usuarios de los servicios del Centro de Salud Aranjuez, se desarrolló una investigación descriptiva-correlacional involucrando a 138 usuarios de los servicios externos. Se aplicó dos cuestionarios uno sobre calidad de los cuidados estandarizados de Rondón Salazar, 2010 y otro sobre la satisfacción del usuario externo los mismos que fueron validados en el presente estudio por 5 expertos y alcanzaron una confiabilidad alta con coeficientes Alfa de Cronbach mayores que 0,70. Como resultado se encontró que la calidad de los cuidados estandarizados en su mayoría fue Media (52,2%) seguida de una calidad en un nivel Alto con 44.9% y Mala con un 2.9% y la satisfacción general fue calificada como Poca Satisfecho (60,9%), seguida de Satisfecho con 35,5% e Insatisfecho con 3,6% al igual que sus dimensiones de fiabilidad (57,2%), responsabilidad (59,4%), seguridad (55,8%), empatía (52,9%) y tangibilidad (58,8%). Se concluye que existe relación significativa ( $p < 0,001$ ) entre la calidad del cuidado estandarizado y la satisfacción de los usuarios y sus dimensiones de fiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

**Palabras claves:** Calidad, cuidado, estandarizado, satisfacción de usuarios.

## **ABSTRACT**

In order to determine the relationship between the quality of standardized care with the satisfaction of the users of the Aranjuez Health Center services, a descriptive-correlational investigation was carried out involving 138 users of the external services. Two questionnaires were applied, one on standardized care quality and the other on external user satisfaction, which were validated in the present study by 5 experts and achieved high reliability with Cronbach's alpha coefficients greater than 0.70. As a result, it was found that the quality of standardized care was mostly Medium (52.2%) followed by a quality at a High level with 44.9% and Bad with 2.9% and overall satisfaction was rated as Low Satisfaction (60,9 %), followed by Satisfied with 35,5 % and dissatisfied with 3.6% as well as its dimensions of reliability (57.2%), responsibility (59.4%), security (55.8%), empathy (52.9%) and tangibility (58.8%). It is concluded that there is a significant relationship ( $p < 0.001$ ) between the quality of standardized care and user satisfaction and its dimensions of reliability, responsibility, safety, empathy and tangibility at the Aranjuez Health Center, 2019.

Keywords: Quality, care, standardized, user satisfaction

## I. INTRODUCCIÓN

El personal de salud en su práctica diaria quiere brindar la mejor atención posible desde su concepto holístico de servicio al cliente externo. Lucha siempre por ser competitivo y con ello se siente profesionalmente satisfecho. Pero tiene sus propias preocupaciones, profesionales y personales. Cuán importante es su principal preocupación profesional para no lastimar al paciente o al usuario, saber cómo satisfacer las necesidades de la atención, especialmente las emocionales, porque es una forma constante de lidiar con el dolor y el sufrimiento de los demás, y no siempre está emocionalmente listo para lidiar con ellos. Como persona, debe lidiar con otros factores estresantes del entorno hospitalario presionando el tiempo para realizar múltiples funciones, colisionando con su equipo de trabajo, la rutina de la vida familiar y el entorno social, lo que afecta su bienestar (Álvarez, 2011).

Sin embargo, en 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que la relación entre la calidad del cuidado estandarizado con la satisfacción de un usuario era un problema que combina factores como el diseño y la implementación deficientes de programas y estrategias de prevención y promoción, protocolos de tratamiento y rehabilitación, y la ambigüedad del sistema de financiamiento de la salud, especialmente el financiamiento de los sistemas hospitalarios. Estos componentes de la realidad médica social en la atención al usuario, no permiten que la calidad del cuidado estandarizado se logre a niveles óptimos. Según la OMS, en 2011, 49 países de bajos ingresos, incluyendo América Latina y el Caribe, salvarían la vida de 700,000 mujeres y 16 millones de niños durante un período de cinco años simplemente mejorando el índice de calidad del cuidado estandarizado al usuario (OMS, 2011).

La peor parte es que la mala calidad del cuidado estandarizado está asociada con la forma como se distribuyen los recursos para la atención al usuario: una estimación conservadora es que entre el 20 y el 40% de los recursos se desperdicia o no representa una mejora significativamente de la capacidad de los sistemas de atención al usuario en todas las áreas y servicios. Los profesionales de la salud son olvidados al igual que los usuarios que solicitan la atención médica (OMS, 2011).

Bajo esta perspectiva, en países como Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia, Australia, Canadá, Cuba, Chile, entre otros, el 23% de los estudios estuvieron relacionados con la calidad del cuidado estandarizado al usuario y la satisfacción del mismo (OMS, 2012).

Los mismos países desarrollados, como Alemania, EE. UU, Japón, Francia, Rusia y China, han tomado medidas firmes, desde el punto de vista de la calidad del cuidado estandarizado en la atención al usuario. Sus estrategias consisten en cambiar los presupuestos y revisar continuamente el proceso de administración de la atención a los usuarios de los servicios hospitalarios. De hecho, su infraestructura avanzada y las actualizaciones de políticas ayudan mucho en la gestión de recursos humanos y sus interacciones con pacientes. El índice de calidad del cuidado estandarizado en la percepción del cliente mejoró entre 2010 y 2015: del 34% al 40% en la categoría de mala calidad y del 60-66% en la categoría regular en 2010, el 38-45% paso lo mismo en la categoría Regular y el 55-62% en la categoría Bueno en el 2015 (OMS, 2015).

En Perú, la solución a estos problemas no existe porque no se los identifica como tales; fue diferente en los sistemas nacionales, MINSA, EsSalud, policía, militares, infantería naval y aérea. Todos trabajan con sus propias formas estructuradas de ver la calidad del cuidado estandarizado en la atención al usuario. Aunque se identificaron problemas de atención específicos, las recomendaciones no incluyen a este aspecto del trabajo de atención al usuario. Sin embargo, se plantean reclamaciones como: a) hacer un uso completo de las tecnologías y servicios de salud de acuerdo a su capacidad instalada; b) motivar al personal sanitario con compensaciones salariales mayores; c) mejorar la eficiencia administrativa en los establecimientos de salud; d) recibir asistencia apropiada para reducir errores en los procedimientos de atención; e) eliminación de desechos y la corrupción que gire en torno a ello; f) evaluar críticamente los servicios de atención al usuario (Ferreira y Robalino, 2015).

De hecho, estas recomendaciones estaban lejos de resolver problemas. Por el contrario, la ambigüedad con que se mira la atención al usuario generalmente ha aumentado y el número de pacientes que esperan atención en los corredores de los

servicios hospitalarios como emergencias, hospitalizaciones, clínicas ambulatorias, farmacia, laboratorios, quirófano, UCI, etc., también ha aumentado. Esto se ve exacerbado por la falta de suministros de medicamentos básicos y la falta de operatividad de máquinas de alta tecnología, lo que deja al personal de salud en muy malas condiciones para el desarrollo de su labor profesional (Cameron et al., 2015).

En estas condiciones, la calidad del cuidado estandarizado en la atención al usuario no coincide con el profesionalismo y la calidad humana del personal de asistencial en los establecimientos de salud. De un promedio de 60% de calidad del cuidado estandarizado en el nivel de Regular a Alta se pasa a un 89.9% de satisfacción promedio del usuario, lo que no es entendible como proceso real ya que deberían ser dos partes de una misma percepción y valoración por parte del usuario. Por ello se debe investigar en todos los niveles de la atención como lo señalara en 2016 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI.2016).

Por otro lado, en la Región la Libertad, Distrito Trujillo se encuentra el Centro de Salud Aranjuez, el cual pertenece a la UTES N° 6 Trujillo y tiene una infraestructura semi-nueva de material noble (a partir de 2011), con una población asignada de 162,053. Al llegar los usuarios son recibidos por el personal asistencial que realiza procedimientos protocolizados para diagnosticar la salud y tratar la enfermedad. Esto forma parte del marco procedimental que evalúa la calidad del cuidado estandarizado, al cual se le atribuye gran responsabilidad desde la perspectiva de la calidad de la atención y la satisfacción del usuario. El objeto es que el paciente o usuario se adhiera a los procesos de atención y no lo hace, sobre todo con respecto a las recomendaciones médicas y a las indicaciones que permiten que su enfermedad evolucione favorablemente. Estos procedimientos son registrados por la institución. (Ibañez, Fernández y García, 2014).

Sin embargo, es difícil para el usuario entender todo esto como la prestación de servicios de calidad del cuidado estandarizado porque siempre cree estar satisfecho, aunque se sienta mal con ello, ya que no se cree en la posibilidad de exigir mejoras en el cuidado durante la atención, de allí la pertinencia e importancia de realizar la presente investigación.

Entre las principales investigaciones internacionales en el área tenemos la realizada por Lenis y Manrique (Colombia, 2015), cuyo objetivo fue determinar la calidad del cuidado estandarizado percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla, Colombia. El estudio descriptivo, transversal, cuantitativo involucró a una muestra de 147 pacientes que tenían orden de egreso. Se utilizó el Cuestionario de Calidad (CUCACE). Los resultados: satisfactorios y experimentales de los pacientes con el cuidado estandarizado por encima del 70%. Se concluye que los pacientes tienen una percepción positiva del cuidado estandarizado recibido en la institución, con una puntuación de 93,22 para la experiencia con el cuidado y de 78,12 en la dimensión de satisfacción.

Santana, Bauer, Minamisava, Queiroz y Gomes (Brasil, 2014), cuyo objetivo fue determinar la relación entre la calidad de la atención y la satisfacción del usuario en el hospital universitario en la región centro-occidental de Brasil. La investigación descriptiva involucró a la muestra de 275 personas mayores de 18 años, aplicando un instrumento propio, se encontró que calidad de la atención, el 0.0% logro el nivel de atención deseada, el 91.65 de la atención segura y de calidad el 70 % de la atención de mala calidad. Se concluyó sobre los niveles de satisfacción del paciente: el 92% presentó un alto nivel de satisfacción con la atención brindada en todas las áreas, técnica, profesional, confiable, educativa, y el 8% informó un bajo nivel de satisfacción.

Aguilar, Aros y Cid (Chile, 2014), cuyo objetivo fue determinar los perfiles y niveles de satisfacción de los usuarios que asistieron al Centro de Salud de la Universidad Austral de Chile, Valdivia. La investigación descriptiva involucró una muestra de 351 estudiantes. Utilizando un instrumento elaborado en base a la teoría de Waldow, concluyendo que el 44.1% recibió una buena calificación, 48.5% regularmente y 7.4% pobremente. En términos de nivel de satisfacción, el 98% pensó que se proporcionó una buena atención y el 1,1% pensó que era buena. El 87.5% de satisfacción en las áreas de comportamiento humano y la claridad de la información proporcionada y el 48.5% de satisfacción se debió a la precisión del servicio, que era el área más apropiada o menos exitosa en el trabajo de estos profesionales.

Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez (Cuba, 2014), cuyo objetivo fue determinar la relación entre la calidad y la satisfacción de los pacientes con cáncer en el Hospital de Enseñanza General Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba. La investigación descriptiva correlacional, involucró a una muestra de 300 pacientes y 3 enfermeras. Utilizó un instrumento de medición de la calidad y satisfacción propia. Los resultados indican la calidad de la atención, 67.7% consideró que la calidad era buena, 30.3% excelente y 2% regular. Se concluye que, el 98% de los pacientes mostraron un nivel de satisfacción con la atención brindada por la enfermera, el 2% moderadamente satisfecho, el 0% insatisfecho e insatisfecho.

A nivel nacional, encontramos los reportes de Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), el objetivo fue determinar el vínculo entre la calidad de la atención y la satisfacción del usuario externo, atendido en el Centro de Salud I - IV en San Juan de Miraflores (Iquitos-Perú). La investigación descriptiva aplicó el Servqual del MINSA 2011, encontrando que la calidad de la atención alcanzó una precisión del 89,9% en la buena atención, el 72,9% en el tratamiento humano elevado, el 81,4% de claridad en la información. El 67,4% de la calidad del cuidado estandarizado alcanzó un nivel medio y 56,6% de insatisfacción. Se concluyó que había una asociación estadística significativa entre: precisión de la atención y grado de satisfacción ( $p < 0.05$ ); tratamiento y nivel de satisfacción en humanos ( $p < 0.05$ ); claridad de información y nivel de satisfacción ( $p < 0.05$ ); Atención y satisfacción estandarizadas ( $p < 0.05$ ).

Por su parte Huerta (Perú, 2015), cuyo objetivo fue identificar el nivel de satisfacción de los usuarios tratados en servicios de emergencia por el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. El estudio descriptivo incluyó la percepción de 77 usuarios. Se encontró que el 92.2% se mostró satisfecho con la atención. Según las dimensiones de fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles han proporcionado a los usuarios más del 80% de satisfacción. Se concluyó que las variables con mayor insatisfacción fueron la afectividad, ingreso y atención de laboratorio de emergencia.

Así también, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú, 2014), reporta sobre la satisfacción del usuario en establecimiento de niveles I-IV en todo el país. El estudio descriptivo utilizó su propia encuesta e involucró a 615 personas mayores de 15 años residentes de Región de Loreto. En cuanto a la precisión de la atención (tiempo promedio dedicado a los procesos), el tiempo de espera para que el consejero llegue al centro de salud fue de 96 minutos, el tiempo de entrada y salida de la oficina fue de 16 minutos y el retraso de las reuniones fue en promedio de 4 días, 36,6 % lo consideró apropiado y 63.4% lo consideró duradero o muy largo. En cuanto a la claridad de la información proporcionada por la enfermera, el 87,3% la calificó como buena, el 11,6% como buena o mala y el 1,1% como mala. Se concluye que la gran mayoría de usuarios (79.8%) están satisfechos con la atención recibida en establecimiento de niveles I-IV en todo el país.

Del mismo modo se asume, según criterios filosóficos de la teoría de Waldow, 2012, sobre el “Cuidado Humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión”. Esta postura se ha desarrollado con el objeto de diferenciar competencias profesionales, para favorecer el potencial del prestador de servicios de salud, para mantener o mejorar la vida humana en la atención de la salud. Es decir, se considera como actividades de atención al usuario, transformadas en conocimiento, destreza, capacidad, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones (Waldow, 2012).

Desde este punto de vista, la calidad del cuidado estandarizado en la atención también se percibe como un fenómeno que sucede desde el primer contacto entre un prestador de servicios de la salud y el usuario. El proceso de cuidado estandarizado debe ocurrir independientemente de los procesos de atención que necesita el usuario. Los comportamientos y las actitudes son el resultado del énfasis que se le pone a los criterios de respeto, amabilidad, consideración, interés, accesibilidad, demanda, apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Los pacientes se sienten generalmente seguros cuando reciben cuidados personalizados durante la atención y/o si esta se realiza de manera competente, hábil, comprensiva y amigable, como una forma de respetar al usuario como seres humanos y no como objetos (Leininger 1991). Los pacientes que sufren enfermedades terminales acompañado de sufrimiento y dolor



son seres inevitables de extrema fragilidad y necesitan cuidados especiales durante la atención. Es por eso que el personal que lo atiende debe estar preparado para ofrecer cuidados que brinden consuelo, no solo físico sino también emocional, utilizando formas de relajación, demostración y transmisión, dándole valor y estímulo a su vida. Escuchar es una parte importante para el ser humano y cuando un paciente no puede o no quiere hablar, una sonrisa, además de una mirada amable, pueden ser un evento diferente (Waldow, 2012).

En dicho contexto se enfatiza que en el cuidado estandarizado al usuario, lo importante es invisible, porque esas acciones son de orden expresivo, es decir, acciones dirigidas a fomentar actitudes y comportamientos conductuales de responsabilidad afrontando dificultades que tienen que ver con la forma como los usuarios se sienten cómodos o, avergonzados, temerosos del ridículo, etc., cuando se le ofrece una atención distinta, la connotación de la calidad del cuidado cambia, pero el servicio prestado requiere una serie de gestos que no solo se promueven, liberan, que físicamente la interacción en los servicios prestados de salud al paciente, implican emociones y necesidades. La connotación de lo integral del cuidado toma sentido de tal forma que lo que significa asistir y tratar a las personas debe ser amablemente, con esmero, capacidad, profesionalismo y técnicas adecuadas, entre otros elementos a considerar (Vega, 2014).

Es así que la calidad del cuidado estandarizado en la atención enfatiza que su orientación es brindar asistencia efectiva y afectiva al individuo, la familia y la comunidad, todo basado en valores y estándares humanos, éticos, técnicos, científicos, sociales. La calidad se reduce en la satisfacción de la persona siendo beneficiaria en la atención médica, reflejando un paciente satisfecho, así como en la satisfacción del personal que brinda el servicio (OPS / FEPPEN, 2011).

Asimismo, la calidad del cuidado estandarizado está relacionado al hecho de si un profesional de salud tiene capacitación científica, tecnológica y deontológica, con enfoque integrado, enmarcado en una persona reflexiva, para definir un conjunto de competencias básicas. Depende, entre otras cosas, la cultura caracterizada por el intercambio de conocimientos y aprendizaje, que permite el desarrollo de

competencias para la atención, el monitoreo y la evaluación sistemática institucional (basada en las necesidades de los usuarios) siendo los indicadores acordados, a través de estrategias de intervención y la aplicación de técnicas, culturales, científicas y dimensiones de comunicación, que son aspectos fundamentales para lograr una mejor calidad del cuidado estandarizado en la atención (Carvalho, 2016).

Por su parte la satisfacción de los usuarios está referenciado por el estado de bienestar dentro de contextos temporales especiales en la condición humana de las personas (MINSA, 2011). Esta postura teórica empírica es tomada en gran parte de los planteamientos Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988, en el contexto de validación del Servqual, según Veenhoven R (2013), el MINSA 2011 solo toman de dicha teoría la forma como las personas valoran el placer y la felicidad en la vida como un todo a partir de aspectos específicos, distinguiendo entre disfrute transitorio, duradero. La dimensión temporal del tiempo se refiere a los estados de ánimo, mientras que la dimensión más permanente está relacionada con las calificaciones de satisfacción a largo plazo. De esta manera, se identifican cuatro bases de valoración: en aspectos específicos de la vida, en el área de la gratificación instantánea transitoria; y la satisfacción duradera en los dominios de la vida (Veenhoven, 2013).

La atención de salud se encuentra en el rango de transición, es una experiencia superior, pero la satisfacción que recibimos de ella (felicidad) es gratificante. La gratificación instantánea como la permanente tienen estados de ánimo cognitivos y emocionales muy fuertes. Por ejemplo, los temores y las preocupaciones sobre el profesionalismo del personal de salud y la ignorancia de lo que estamos pasando, es un problema que necesita del asesoramiento o atención específica, pero no quita que lo que vivimos sea ya en términos generales elementos de satisfacción (Serrano, 2012).

Sin embargo, tanto la calidad del cuidado estandarizado en la atención como la satisfacción del usuario son percepciones que se expresan de acuerdo con las expectativas y percepciones de las personas, son procesos cognitivos para comprender lo que les está sucediendo a ellos y a su entorno en términos de salud-enfermedad. Somos consciente de la alerta en que se colocan los usuarios respecto a

los servicios de salud que reciben y esto basado en su comportamiento para ubicarse en el contexto en el que debe vivir, lo que aumenta su sentido de pertenencia. Es parte del proceso de afirmación individual para que no se sientan perdidos, así, inconscientemente el usuario se organiza y/o organiza sus percepciones eligiendo prioridades, lo que le permite transformar sus vivencias en atributos de su personalidad o en valores que sin saber pueden llevarlo a asumir posturas fundamentalista extremas, positivas o negativa, principalmente debido al hecho de que la sensibilidad, la afectividad y la comprensión convergen en ellas (OPS / FEPPEN, 2011).

Por ello el MINSA (2011), estructura la medición de la satisfacción del usuario externo a través de 5 dimensiones: fiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad. La fiabilidad se refiere de la percepción de desarrollar un proceso de atención sin fallas y evitar un riesgo mínimo; la capacidad de respuesta o responsabilidad se refiere a percepción de la disposición del personal para servir brindando un servicio rápido y oportuno, de acuerdo a la necesidad del usuario, la posibilidad de brindar una respuesta de calidad en un tiempo aceptable; la Seguridad, está referida a la percepción del conocimiento, amabilidad y capacidad de inspirar fe y confianza, lo que puede interpretar como una calificación de la capacidad del cuidador para transmitir confianza; la Empatía, se refiere a la capacidad del personal para comprender el estado en que se encuentra el usuario, sirve al profesional de salud para que mejore sus relaciones interpersonales con el usuario, permitiendo la comunicación creando una sensación de empatía, comprensión. La tangibilidad se refiere a la forma como el usuario percibe las condiciones y apariencia física de los objetos, equipos, material de comunicación, limpieza y comodidad (Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988; MINSA, 2011).

Vistas las características de la realidad problemática sobre la relación entre la calidad del cuidado estandarizado y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, y habiendo traído a colación los estudios internacionales previos al presente trabajo, es pertinente y necesario realizar la presente investigación en base a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la calidad de los cuidados

estandarizados y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019?.

Este planteamiento se sostiene en la medida en que el enfoque temático del estudio gira en torno al desarrollo de una búsqueda de formas que serían más efectivas en la atención de la salud humana y la transformación de políticas para brindar atención de salud de calidad en el Centro de Salud Aranjuez. Así, los resultados tendrán un impacto sobre la forma como se miden las percepciones de los usuarios sobre la calidad del cuidado estandarizado y sobre todo en su relación con la satisfacción del usuario. Con ello, se espera establecer mejores criterios para evaluar la atención de servicios de salud. De ahí su relevancia social.

En términos prácticos, el estudio evaluará la relación y correlación entre la calidad del cuidado estandarizado y la satisfacción del usuario, esto permitirá la apertura de oportunidades y condiciones para abordar con mayor profundidad los problemas que confluyen en esta relación y correlación. Es decir, partimos del supuesto de que las percepciones de los usuarios son una herramienta fundamental para evaluar los procesos de salud y, en particular, la calidad del cuidado estandarizado y correlación con la satisfacción del usuario. Además, este estudio permitirá el desarrollo de nuevas investigaciones a través de la amplia escala académica existente y el contexto del desarrollo de las teorías socio-médicas.

Desde esa perspectiva hipotéticamente se planteó que: La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019. Siendo las hipótesis específicas las siguientes: a) La calidad de los cuidados estandarizados y la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario se relacionan significativamente, en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019; b) La calidad de los cuidados estandarizados y la responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario se relacionan significativamente en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019; c) La calidad de los cuidados estandarizados y la seguridad inherente a la satisfacción del usuario se relacionan significativamente en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019; d) La calidad

de los cuidados estandarizados y la empatía inherente se relacionan significativamente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019, y; e) La calidad de los cuidados estandarizados y la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario se relacionan significativamente en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019.

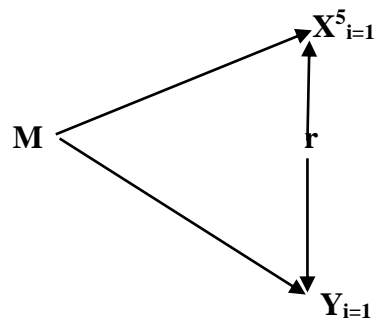
Invariablemente la investigación se orientó por el objetivo general siguiente: Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre de 2019. Siendo los objetivos específicos los siguientes: a) Identificar la calidad del cuidado estandarizado en usuarios del Centro de Salud Aranjuez; b) identificar la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez c) establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez; d) establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez; e) establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez,; f) establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, y; g) establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.

## II. MÉTODO

### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El diseño de investigación es la estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema.

La investigación es descriptiva - correlacional de diseño transversal. El tipo y diseño de estudio permite describir razones cruzadas entre las variables en estudio, a través de porcentajes simples y ponderados, para determinar las correlaciones entre ellas. En este diseño, no manipulan las variables y sus dimensiones, solo se hace referencia a ellas a través de datos extraídos de eventos pasados. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Este diseño se puede graficar de la siguiente manera:



Dónde:

M: Representa a la muestra de la población en estudio

$X^5_{i=1}$ : Representa a satisfacción del usuario y sus 5 dimensiones: Fiabilidad, Responsabilidad, seguridad, empatía y tangibilidad.

$Y_{i=1}$ : Representa a la medición general de la variable calidad de los cuidados estandarizados.

r: Representa la correlación entre las variables

## 2.2 Operacionalización de variables

**Cuadro 1. Operacionalización de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Calidad de los cuidados estandarizados	Comportamientos y acciones que se encuentran comprendidos como acciones que son relevantes y justificadas por la ley y las normas de atención (Waldow, 2012)	Resultado de la aplicación del Cuestionario de percepción de la calidad del cuidado estandarizado de (Rondón y Salazar, 2010), adaptado para este estudio por la autora.	Percepción de la calidad de los cuidados estandarizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos.</li> <li>- Principios de bioseguridad .</li> <li>- Uso de la historia clínica y otros formatos de registro.</li> <li>- Control y registro de signos vitales.</li> <li>- Valora y registra factores de riesgo.</li> <li>- Posición correcta al brindar cada atención.</li> <li>- Seguridad y destreza.</li> <li>- Competencia y referencia.</li> <li>- Garantiza la integridad y el cuidado.</li> <li>- Se toma del tiempo necesario.</li> </ul>	Intervalo Bajo 10 a 30 pts. Medio 31 a 50 Pts. Alto 51 a 70 Pts.
Satisfacción del usuario	Estado de bienestar dentro de contextos temporales especiales en	Resultado de la Escala Multidimensional de satisfacción de Usuarios	Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de procesos.</li> <li>- Entiende los procesos.</li> <li>- Brindan información</li> </ul>	Intervalo Satisfecho (26-35 Pts)

la condición humana de las personas (MINSA, 2011)	adaptada por el MINSA, 2011.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- precisa sobre tratamientos.</li> <li>- Presentan alternativas para solucionar problemas.</li> </ul>	<p>Poco Satisfecho (16-25pts)</p> <p>Insatisfecho (5-15 pts)</p>
		Capacidad de respuesta o responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención rápida</li> <li>- Dinamismo del profesional en salud.</li> <li>- Requerimientos del profesional.</li> <li>- El profesional cumple requerimiento en cuanto a seguridad.</li> </ul>	<p>Intervalo</p> <p>Satisfecho (21-28 Pts)</p> <p>Poco Satisfecho (13-20pts)</p> <p>Insatisfecho (4-12 pts)</p>
		Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privacidad en la atención.</li> <li>- Confianza entre Ud. y el profesional.</li> <li>- Reserva de información personal.</li> <li>- Reincidir en atenderse en este establecimiento.</li> </ul>	<p>Intervalo</p> <p>Satisfecho (21-28 Pts)</p> <p>Poco Satisfecho (13-20pts)</p> <p>Insatisfecho (4-12 pts)</p>
		Empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amabilidad.</li> <li>- Buena relación interpersonal</li> <li>- Buena comunicación.</li> <li>- Buen trato por parte del profesional.</li> </ul>	<p>Intervalo</p> <p>Satisfecho (26-35 Pts)</p> <p>Poco Satisfecho (16-25pts)</p> <p>Insatisfecho (5-15 pts)</p>



				- Respeto de la opinión.	
			Tangibilidad	- Privacidad. - Comodidad. - Equipos y materiales. - Material para consulta.	Intervalo  Satisfecho (21-28 Pts)  Poco Satisfecho (13-20pts)  Insatisfecho (4-12 pts)

## 2.3 Población y Muestra

### 2.3.1 Población.

Es un conjunto o totalidad de personas sobre lo que se investiga. En este caso la población de estudio lo constituyen los 3168 (promedio mensual) usuarios de ambos sexos mayores de 18 años de los servicios del Centro de Salud Aranjuez, 2019.

**Cuadro 2. Distribución de Población de usuarios, según servicios**

Servicios	Turno	Número de pacientes al mes
2 consultorios médicos	Mañana	576
2 consultorios de obstetricia		576
1 consultorio de enfermería		288
1 consultorio de nutrición		289
1 consultorio de psicología		287
1 laboratorio		289
1 consultorio de odontología		287
2 consultorios médicos	Tarde	576
<b>TOTAL</b>		<b>3168</b>

### 2.3.2 Muestra.

Es una o porción representativa (en términos estadísticos de probabilidad) de la población de estudio sobre los que se realiza la investigación. En este caso lo constituyen 138 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años del servicio del Centro de Salud Aranjuez, 2019. La fórmula utilizada para determinar el tamaño de n (muestra no reajustada a la población real) es la siguiente:

$$n = \frac{S^2}{V^2} = \frac{\text{Varianza de la muestra}}{\text{Varianza de la población}}$$

Reemplazando

$$S^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.09$$

$$V^2 = (0.025)^2 = 0.000625$$

$$n = \frac{0.09}{0,000625} = 144$$

La fórmula utilizada para determinar el tamaño de N (muestra reajustada a la población real) es la siguiente:

$$N = \frac{n}{1 + n/n'}$$

Reemplazando:

$$N = \frac{144}{1 + \frac{144}{3168}} = \frac{144}{1,045454545454545} = 137,7391304347827$$

$$N = 138$$

Dónde:

- S<sup>2</sup> : Varianza de la muestra (90%)
- V<sup>2</sup> : Varianza de la población (+ 2.5%)
- N : Tamaño de la muestra reajustada a la población real
- n : Tamaño de la muestra no reajustada a la población real
- n' : Población real (3168)

El segundo procedimiento es la estratificación de la muestra según programa de estudio.

$$f_h = \frac{N}{n'} = kSh$$

Reemplazando:

138

$$fh = \frac{138}{3168} = 0,0435606060606061$$

**Cuadro 3. Cálculo de la distribución de muestra por estratos**

<b>Estratos</b>	<b>T</b>	<b>fh x t</b>		
Consultorios médicos mañana	576	576 x 0,0435606060606061	25,09090909090909	25
Consultorios de obstetricia	576	576 x 0,0435606060606061	25,09090909090909	25
Consultorio de enfermería	288	288 x 0,0435606060606061	12,54545454545456	13
Consultorio de nutrición	289	289 x 0,0435606060606061	12,58901515151516	12
Consultorio de psicología	287	287 x 0,0435606060606061	12,50189393939395	13
Laboratorio	289	289 x 0,0435606060606061	12,58901515151516	13
Consultorio de odontología	287	287 x 0,0435606060606061	12,50189393939395	12
Consultorios médicos Tarde	576	576 x 0,0435606060606061	25,09090909090909	25
<b>Total</b>	<b>3168</b>			<b>138</b>

### 2.3.3 Criterios de Selección

#### Criterios de inclusión.

- Ser usuario atendido en más de dos oportunidades en los servicios del Centro de Salud Aranjuez
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio.
- Usuarios mayores de 18 años de edad

#### Criterios de exclusión.

- Presentar problemas psicológicos y/o psiquiátricos al momento de contestar las preguntas de los cuestionarios del estudio.
- Estar impedido medicamente (por dedicación o estar en tratamiento) para responder preguntas.

### **Unidad de análisis**

Personas de ambos sexos mayores de edad, usuarios de los servicios del Centro de Salud Aranjuez, 2019.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.4.1 Técnica:**

Se aplicó encuesta estructurada y adaptada para el presente estudio. Siendo el abordaje persona a persona en las áreas del mismo establecimiento de salud sin que se interfiera en los procesos de atención para los que concurrió el usuario al establecimiento.

### **2.4.2 Instrumentos:**

#### **Cuestionario:**

Sobre calidad de los cuidados estandarizados (adaptación del instrumento de Rondón y Salazar, 2010). Consta de 10 reactivos, cada uno ofrece 7 opciones de respuestas cerradas. Y cuyas categorías y mediciones son: Bajo (1 a 4 pts.), Medio (5 a 7 Pts.) y Alto (8 a 10 Pts.) (Ver anexo 1)

**Cuadro 4. Categorización y medición de los cuidados estandarizados.**

<b>Dimensiones</b>	<b>Categorías/medición</b>
Percepción de la calidad de los cuidados estandarizado	Bajo 10 a 30 pts. Medio 31 a 50 Pts. Alto 51 a 70 Pts.

Cuestionario Multidimensional Servqual de satisfacción del usuario (Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988; MINSA, 2011). (Ver anexo 2).

**Cuadro 5. Categorización y medición de la satisfacción del usuario**

<b>Dimensiones</b>	<b>Categorías/mediciones</b>
Fiabilidad	Satisfecho (26-35 Pts) Poco Satisfecho (16-25pts) Insatisfecho (5-15 pts)
Capacidad de respuesta o responsabilidad	Satisfecho (21-28 Pts) Poco Satisfecho (13-20pts) Insatisfecho (4-12 pts)
Seguridad	Satisfecho (21-28 Pts) Poco Satisfecho (13-20pts) Insatisfecho (4-12 pts)
Empatía	Satisfecho (26-35 Pts) Poco Satisfecho (16-25pts) Insatisfecho (5-15 pts)
Tangibilidad	Satisfecho (21-28 Pts) Poco Satisfecho (13-20pts) Insatisfecho (4-12 pts)

### **2.4.3 Validez y confiabilidad**

#### **Validez**

Los instrumentos cuentan con validación interna, estructura y contenido; sin embargo, por las adaptaciones realizadas se procedió a validarlos de acuerdo al formato Aiken con 5 Jueces Expertos:

- Ms. Candy Susana Altuna Pastor
- Dr. Wilder Quispe Ramos
- Ms. Betty Luisa Liendo Álvarez
- Ms. Nancy Angelica Iglesia Obando
- Ms. Ernesto Adolfo Flores Guzmán

El Coeficiente de Concordancia de Jueces fue mayor al 97% (97.14285714285714 %) con lo que el instrumento es válido para su aplicación en el presente estudio.

### Confiabilidad

De igual manera la confiabilidad de los instrumentos se sometió a Prueba Piloto aceptándose un coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach mayor de 0,75 y correlaciones entre moderadas a altas  $>0,250$ .

### Cuadro 6. Ficha técnica de los cuestionarios en estudio: Cuidados estandarizados. (Ver Anexo 5)

Titulo	Estudio psicométrico de la valoración del Cuestionario de Calidad del Cuidados Estandarizados
Autor	Br. Dina Nerella Cabello Miranda
Asesora	Dra. Eliana Jackeline Guzmán Avalos
Contexto	20 usuarios de los servicios externos del Centro de Salud MINSA Aranjuez, mayores de 18 años, de ambos sexos y atendidos durante el mes de agosto 2019 de los consultorios externos del Centro de salud.
Validación	Valides de Interna del <b>Cuestionario de Calidad de los Cuidados Estandarizados</b> está respaldado por los criterios filosóficos de la teoría de Waldow, 2012, sobre el “Cuidado Humano” y sobre los criterios prácticos del cuidado estandarizado de las/os enfermeras/os de la asistencia hospitalaria de Osakidetza del Servicio Vasco de Salud, en España, quienes en Libro “Planes del Cuidado Estandarizados de enfermería aportan elementos conceptuales y metodológicos de identificación y mejora, tanto de los cuidados propios de enfermería como de colaboración con el equipo multidisciplinario en el proceso asistencial, teniendo al paciente/usuario como eje central. En términos empíricos se sigue el modelo de Rondón A, Salazar D. (2010) aplicado en el Hospital Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar en Venezuela.

	<p>El instrumento por haber adecuado a las características de la población en estudio se sometió a Juicio de 5 Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms Candi Susana Altuna Pastor</li> <li>- Ms. Wilder Quispe Ramos</li> <li>- Ms Betty Luisa Liendo Álvarez</li> <li>- Ms Nancy Angelica Iglesias Obando</li> <li>- Ms Ernesto Adolfo Flores Guzmán.</li> </ul> <p>Dicho comité de Expertos presento un Coeficiente de Concordancia Positiva mayor a 90% (Muy Alta) dando por validadas ambas pruebas.</p>
Confiabilidad	<p>Cuestionario de Calidad de los Cuidados Estandarizados fue sometido a Prueba de Campo (Estudio Piloto) en donde la Fiabilidad a nivel General presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de 959; las medias oscilaron entre 4,85 y 5,80 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 5,395 con una varianza, 076; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,704 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las medias promedio es de, 905 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre, 926, 981 siendo la variabilidad F de 24,331 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p>
Conclusión	<p>Estando a lo concordado por los Jueces Expertos con más de 90% de concordancia positiva en lo relativo a la validación interna de las pruebas y vistos los resultados del análisis estadístico de la fiabilidad de la prueba, se dan aceptada la prueba y sus contenidos para su aplicación en el presente estudio.</p>



**Cuadro 7. Ficha técnica del cuestionario multidimensional Servqual (Ver Anexo 5)**

Titulo	Estudio psicométrico de la valoración del Cuestionario Multidimensional
Autor	Br. Dina Nerella Cabello Miranda
Asesora	Dra. Eliana Jackeline Guzmán Avalos
Contexto	20 usuarios de los servicios externos del Centro de Salud Aranjuez, mayores de 18 años, de ambos sexos atendidos durante el mes de agosto 2019 en los consultorios de dicho Centro de salud.
Validación	<p>Validez Interna del Servqual MINSA 2011 sobre percepción de la satisfacción del usuario externos, está basada en los planteamientos del MINSA, 2011 al considerarlo una herramienta desarrollada por Parasunaman, Zeithaml y Berry, 1988, para contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, la implementación de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo. Dichos planteamientos establecen una metodología y herramientas estandarizadas para la evaluación de la satisfacción del usuario externo. Estos planteamientos se transformaron en una directiva nacional a través de la RM N° 527-2011/MINSA en donde se sostiene y presenta la “Guía Técnica para la Evaluación de la satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo”. Hasta hoy se hace uso del Servqual a nivel nacional para este efecto.</p> <p>El instrumento por haber adecuado a las características de la población en estudio se sometió a Juicio de 5 Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms Candi Susana Altuna Pastor</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ms. Wilder Quispe Ramos</li> <li>- Ms Betty Luisa Liendo Álvarez</li> <li>- Ms Nancy Angelica Iglesias Obando</li> <li>- Ms Ernesto Adolfo Flores Guzmán.</li> </ul> <p>Dicho comité de Expertos presento un Coeficiente de Concordancia Positiva mayor a 90% (Muy Alta) dando por validadas ambas pruebas.</p>
Confiabilidad	<p>Cuestionario Multidimensional Servqual de Satisfacción del Usuario fue sometido a Prueba de Campo (Estudio Piloto) en donde la Fiabilidad a nivel General presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,985; las medias oscilaron entre 4,05 y 5,10 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 4,627 con una varianza ,059; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,688 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las medias promedio es de ,985 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,973 y ,993 siendo la variabilidad F de 64,623 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dimensión “Fiabilidad” del Cuestionario Multidimensional Servqual de Satisfacción del Usuario presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,932; las medias oscilaron entre 4,05 a 4,95 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 4,580 con una varianza ,112; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,776 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las</li> </ul>

	<p>medias promedio es de ,930 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,866 y ,969 siendo la variabilidad F de 14,249 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dimensión “Capacidad, Respuesta o Responsabilidad” del Cuestionario Multidimensional Servqual de Satisfacción del Usuario presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,915; las medias oscilaron entre 4,50 a 5,10 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 4,800 con una varianza ,062; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,729 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las medias promedio es de ,914 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,829 y ,962 siendo la variabilidad F de 14,249 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>- La dimensión “Seguridad” del Cuestionario Multidimensional Servqual de Satisfacción del Usuario presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,971; las medias oscilaron entre 4,25 a 4,70 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 4,462 con una varianza ,034; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,856 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las medias promedio es de ,966 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,932 y ,985 siendo la</li> </ul>
--	---

	<p>variabilidad F de 29,084 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p> <p>- La dimensión “Empatía” del Cuestionario Multidimensional Servqual de Satisfacción del Usuario presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,960; las medias oscilaron entre 4,45 a 4,85 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 4,740 con una varianza ,031; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,866 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las medias promedio es de ,958 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,920 y ,981 siendo la variabilidad F de 23,834 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p> <p>- La dimensión “Tangibilidad” del Cuestionario Multidimensional Servqual de Satisfacción del Usuario presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,958; las medias oscilaron entre 4,35 a 4,65 en una puntuación de 1 a 7; la media general de los elementos fue de 4,538 con una varianza ,017; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,885 (Correlación moderado a altos); el coeficiente de correlación Inter clase en lo relativo a las medias promedio es de ,957 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,916 y ,982 siendo la variabilidad F de 23,414 con alta significancia estadística <math>p = ,000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p>
--	---

Conclusión	Estando a lo concordado por los Jueces Expertos con más de 90% de concordancia positiva en lo relativo a la validación interna de la prueba y vistos los resultados del análisis estadístico de la fiabilidad de las mismas, así como, de las dimensiones del Servqual, se dan aceptadas la prueba y sus contenidos para su aplicación en el presente estudio.
------------	--

## 2.5 Procedimientos:

- Aprobado el proyecto de investigación se procedió a solicitar la autorización correspondiente a la Dirección del establecimiento de salud.
- Obtenidas las autorizaciones correspondientes, se coordinó con el personal para explicar a los usuarios sobre los objetivos y fines de estudio, solicitándoles su participación voluntaria para lo cual se firmaron los formatos de consentimiento informado (ver Anexo 4).
- Los usuarios que participaron voluntariamente en el estudio se les instruyó en la forma como responder los cuestionarios del estudio, con responsabilidad y en forma efectiva en un tiempo no mayor a 20 minutos.
- Los datos se procesaron a través de códigos numéricos exclusivos que ingresaron directamente a la computadora con la ayuda del paquete estadístico SPSS V26 (IBM SPSS Statistics Base en español).

## 2.6 Métodos de análisis de datos

- Los resultados se presentaron en tablas de doble entrada, con frecuencia simple y porcentual, así como los resultados del análisis estadístico de la relación de acuerdo con los objetivos del estudio.
- Para determinar si existe una relación entre las variables, se utilizó coeficiente de correlación de Spearman R puesto que los resultados no alcanzaron una distribución de normalidad a través de la prueba de kolmogorov –smirnov (variables medidas por intervalos).
- Se considerará evidencia suficiente de significancia estadística si la probabilidad de error es menor o igual al 5 por ciento ( $p < 0.05$ )

## 2.7 Aspectos éticos

Esta investigación se sujeta a las reglas éticas recomendadas por el Consejo de Organizaciones Científicas Médicas Internacionales (CIOMS) para trabajar con personas. Estas Pautas éticas son el resultado de su colaboración o ética de investigación entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de ciencias Médicas (CIOMS), que publicó la propuesta de las Pautas Internacionales de Investigación Biomédica de 1982, que incluye sujetos humanos. Estas pautas éticas son:

**APLICABILIDAD:** Esta investigación será útil tanto para los participantes como para los investigadores y el establecimiento de salud que proporcionó su tiempo y permiten se aplique los instrumentos del estudio en sus usuarios de los servicios de salud que brinda, ya que corrige las deficiencias y restaura el conocimiento que aplica.

**NEMOFICIENCIA:** Esta investigación no perjudicará a nadie, por el contrario, está orientada a brindar aportes para la mejora de la calidad del cuidado estandarizado y satisfacción de los usuarios.

**AUTONOMÍA:** Todas las personas son respetadas y su salud está protegida, ya que se respetará sus derechos individuales, el único propósito de la investigación es encontrar respuestas claras al problema planteado por las investigaciones y que no representan ningún riesgo.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.**

Satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

SATISFACCIÓN	N	%
Insatisfecho	5	3,6
Poco satisfecho	84	60,9
Satisfecho	49	35,5
Total	138	100,0

La Tabla 1 nos muestra que la satisfacción general fue calificada mayoritariamente como Poco Satisfecho (60,9%), seguida de Satisfecho con 35,5% e insatisfecho con 3,6%.

**Tabla 2.**

Calidad de los cuidados estandarizados en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

CALIDAD DEL CUIDADO ESTANDARIZADO	N	%
BAJO	4	2.9
MEDIO	72	52.2
ALTO	62	44.9
Total	138	100

La Tabla 2 nos muestra que la calidad de los cuidados estandarizados en su mayoría fue calificada como Media (52,2%), seguida de una calidad en un nivel Alto con 44.9% y Mala con un 2.9%.

**Tabla 3.**

Calidad de los cuidados estandarizados relacionado con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

SATISFACCIÓN	CALIDAD DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS						Total	
	Bajo		Medio		Alto		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Insatisfecho	0	0,0	4	2,9	1	0,7	5	3,6
Poco satisfecho	4	2,9	64	46,4	16	11,6	84	60,9
Satisfecho	0	0,0	4	2,9	45	32,6	49	35,5
Total	4	2,9	72	52,2	62	44,9	138	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Coefficiente de correlación	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Spearman	0,668	0,059	10,470	0,000 <sup>c</sup>
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

En la Tabla 3 observamos que del 3.6% de pacientes insatisfechos; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.9 %, 0.7% alto. De los pacientes poco satisfecho 60.9%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2.9%, medio 46.4%, alto 11.6%. En tanto de los 35.5 % satisfechos; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.9%, 32.6% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,668$  Sig. = 0,000).



**Tabla 4.**

Calidad de los cuidados estandarizados relacionado con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

FIABILIDAD	CALIDAD DEL CUIDADO ESTANDARIZADO						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Insatisfecho	3	2,2	3	2,2	5	3,6	11	8,0
Poco satisfecho	1	0,7	66	47,8	12	8,7	79	57,2
Satisfecho	0	0,0	3	2,2	45	32,6	48	34,8
Total	4	2,9	72	52,2	62	44,9	138	100,0

Fuente: Elaboración propia

Coeficiente de correlación	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Spearman	,639	,075	9,675	,000 <sup>c</sup>
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

En la Tabla 4 observamos que del 8.0% de pacientes insatisfechos con la fiabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 2.2%, 3,6% alto. De los pacientes poco satisfecho con la fiabilidad 57,2%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 47,8%, alto 8,7%. En tanto de los 34,8% satisfechos con la fiabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.2%, 32.6% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,639$  Sig. = 0,000)

**Tabla 5.**

Calidad de los cuidados estandarizados relacionados con la responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

RESPONSABILIDAD	CALIDAD DEL CUIDADO						Total	
	ESTANDARIZADO							
	Bajo		Medio		Alto		N	%
N	%	N	%	N	%			
Insatisfecho	2	1,4	6	4,3	3	2,2	11	8,0
Poco satisfecho	1	0,7	63	45,7	18	13,0	82	59,4
Satisfecho	1	0,7	3	2,2	41	29,7	45	32,6
Total	4	2,9	72	52,2	62	44,9	138	100,0

Fuente: Elaboración propia

Coeficiente de correlación	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Spearman	,589	,073	8,499	,000 <sup>c</sup>
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

En la Tabla 5 observamos que del 8.0% de pacientes insatisfechos con la responsabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 1,4%, medio 4,3% y, 2,2% alto. De los pacientes poco satisfechos con la responsabilidad 59,4%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 45,7%, alto 13,0%. En tanto de los 32,6% satisfechos con la responsabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 2.2%, 29,7% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,589$  Sig. = 0,000)

**Tabla 6.**

Calidad de los cuidados estandarizados relacionado con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

SEGURIDAD	CALIDAD DEL CUIDADO ESTANDARIZADO							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Insatisfecho	0	0,0	5	3,6	2	1,4	7	51,1
Poco satisfecho	3	2,2	60	43,5	14	10,1	77	55,8
Satisfecho	1	0,7	7	5,1	46	33,3	54	39,1
Total	4	2,9	72	52,2	62	44,9	138	100,0

Fuente: Elaboración propia

		Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Coefficiente de correlación	Valor			
Spearman	,594	,071	8,606	,000 <sup>c</sup>
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

En la Tabla 6 observamos que del 51,1% de pacientes insatisfechos con la seguridad; con la seguridad tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,0%, medio 3,6% y, 1,4% alto. De los pacientes poco satisfechos con la seguridad 55,8%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 43,5%, alto 10,1%. En tanto de los 39,1% satisfechos con la seguridad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 5,1%, 33,3% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,594$  Sig. = 0,000)

**Tabla 7.**

Calidad de los cuidados estandarizados relacionado con la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.

EMPATÍA	CALIDAD DEL CUIDADO ESTANDARIZADO						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Insatisfecho	1	0,7	5	3,6	6	4,3	12	8,7
Poco satisfecho	3	2,2	61	44,2	9	6,5	73	52,9
Satisfecho	0	0,0	6	4,3	47	34,1	53	38,4
Total	4	2,9	72	52,2	62	44,9	138	100,0

Fuente: Elaboración propia

		Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Coefficiente de correlación	Valor			
Spearman	,590	,078	8,519	,000 <sup>c</sup>
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

En la Tabla 7 observamos que del 8.7% de pacientes insatisfechos con la empatía; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 3,6% y, 4,3% alto. De los pacientes poco satisfechos con la empatía 52,9%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 44,2%, alto 6,5%. En tanto de los 38,4% satisfechos con la empatía; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 4,3%, 34,1% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,590$  Sig. = 0,000)

**Tabla 8.**

Calidad de los cuidados estandarizados relacionado con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019

TANGIBILIDAD	CALIDAD DEL CUIDADO ESTANDARIZADO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Insatisfecho	1	0,7	5	3,6	6	4,3	12	8,7
Poco Satisfecho	3	2,2	63	45,7	11	8,0	77	58,8
Satisfecho	0	0,0	4	2,9	45	32,6	49	35,5
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>2,9</b>	<b>72</b>	<b>52,2</b>	<b>62</b>	<b>44,9</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

Coeficiente de correlación	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Spearman	,588	,078	8,482	,000 <sup>c</sup>
a. No se supone la hipótesis nula.				
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.				
c. Se basa en aproximación normal.				

En la Tabla 8 observamos que del 8.7% de pacientes insatisfechos con la tangibilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 3,6% y, 4,3% alto. De los pacientes poco satisfechos con la tangibilidad 58,8%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 45,7 y alto 8,0%. En tanto de los 35,5% satisfechos con la tangibilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.9%, 32.6% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,588$  Sig. = 0,000)

#### **IV. DISCUSIÓN**

La evaluación de la relación de la calidad del cuidado estandarizado con la satisfacción de los usuarios, parte del respecto a las expectativas y percepciones de los usuarios, así como, del respeto que se merecen los esfuerzos que el personal de salud pone en cada una de sus acciones para satisfacer las necesidades de atención de los usuarios. Dentro de esta perspectiva institucional los resultados de la investigación nos permiten centrar nuestra atención en lo que se está haciendo para el cumplimiento de los cuidados estandarizados en contraste directo con las expectativas de los usuarios, y eso es bueno para establecer mejores criterios de valor sobre el trabajo institucional de atención al usuario (De la Rosa y Zamora, 2012). Dicho esto, vemos nuestros resultados propiamente dichos.

Los resultados de la tabla 1 nos muestra que la satisfacción general fue calificada mayoritariamente como poco satisfecho (60,9%), seguida de satisfacción con 35,5% e insatisfacción con 3,6%.

Los resultados de la tabla 2 muestra que la calidad de los cuidados estandarizados en su mayoría fue calificada como Media (52,2%) seguida de una calidad un nivel Alto con 44,9% y Mala con 2,9%

Los resultados de la Tabla 3 observamos que del 3.6% de pacientes insatisfechos; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.9 %, alto 0.7%. De los pacientes poco satisfecho 60.9%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2.9%, medio 46.4%, alto 11.6%. En tanto de los 35.5 % satisfechos; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.9%, alto 32.6%. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,668$  Sig. = 0,000).

Estos resultados son similares a los reportados por Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en Cuba, en el año 2014, cuyos resultados indican de calidad era buena en un 67.7%. También son similares a los reportados por Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), que reporta un 67.4% de la calidad del cuidado estandarizado en un nivel medio.

Estos resultados pueden explicarse a través de la concurrencia de múltiples factores con énfasis en el trato entre el paciente y el personal asistencial. La comunicación es al parecer la clave que proporciona mayor información del éxito de los proveedores en el cumplimiento de quehacer profesionales o de los valores que maneja durante la atención. El paciente y su esperanza solo representan el espectro mediador final que agrega estados emocionales diversos pero que sabe que la comunicación basada en la confianza, es un requisito previo para la configuración de una percepción de la calidad del cuidado estandarizado buena o mala de sentirse satisfecho o no con la atención recibida (EASP, 2014).

La comunicación centrada en el paciente es una práctica que permite transferir más información y crear una sensación de calma dentro de los pacientes que generalmente están dispuestos a adherirse a las recomendaciones y consejos del personal que lo atiende. El impacto es muy fuerte en la progresión de la enfermedad y proporciona información sobre el éxito o el fracaso de toda la atención referente a su salud. Los individuos y sus experiencias previas son conscientes de las formas de trabajo del proveedor de servicios en salud y cuando lo perciben como bueno, a través de la comunicación, aumentan el nivel de colaboración y participación activa en las iniciativas que este o estos desarrollan durante el proceso de atención (ESAP, 2014; Huércanos, 2013).

Tradicionalmente, se creía que la relación de la calidad del cuidado estandarizado con la satisfacción del usuario era producto de relaciones mutuamente excluyentes; sin embargo, varios estudios han demostrado que estas variables están correlacionadas como resultado del éxito de la atención desde la percepción del paciente. Esto ofrece un trabajo interactivo proveedor-paciente como resultado del cumplimiento de los procesos de atención dentro de un contexto organizacional y físico positivos o adecuados para el desempeño profesional dentro de las competencias específicas y el éxito de las acciones. Y no podemos pasar por alto la motivación del paciente para sentirse satisfecho con la atención recibida, sobre todo cuando esta se adapta a sus necesidades de atención sanitaria (Lenis y Manrique, 2015).

En los resultados de la Tabla 4 observamos que del 8.0% de pacientes insatisfechos con la fiabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 2.2%, 3,6% alto. De los pacientes poco satisfecho con la fiabilidad 57,2%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 47,8%, alto 8,7%. En tanto de los 34,8% satisfechos con la fiabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.2%, 32.6% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,639$  Sig. = 0,000), son similares a los reportados por Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en Cuba, 2014, cuyos resultados indican de calidad era buena en un 67.7% y la satisfacción con la fiabilidad de la atención media en un 78.4%. También son similares a los reportados por Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), que reporta un 67.4% de la calidad del cuidado estandarizado en un nivel medio y 50.0% de satisfacción con la fiabilidad de la atención.

Estos resultados se explican por la forma en que se lleva a cabo la identificación real de las necesidades del usuario que luego se traducen en productos o procesos de atención que se adaptan en la atención personalizada del usuario. Esto tiene una forma peculiar de ser percibida por el usuario porque las acciones del personal de salud generalmente exceden sus expectativas ya que el personal de salud permanentemente está dentro de procesos de aprendizaje para el aseguramiento de un resultado exitoso de su intervención y la intervención del equipo de salud con el que interactúa en la atención al usuario (Monroy, 2011).

Esto suele reportar resultados negativos y afectar la satisfacción del usuario sobre fiabilidad del servicio, pero si el usuario reconoce en el quehacer del personal un esfuerzo serio y sincero por hacer las cosas bien, con eso le basta. De otra forma estaríamos hablando de un sistema crítico que no es fiable bajo ningún concepto, por más que se puedan llevar a cabo las acciones requeridas en forma correcta. Es decir, estos resultados se interpretan más allá de las expectativas del usuario, indudablemente, ya que su satisfacción con la fiabilidad del servicio esta contrastada con la imagen previa que se tuvo antes de recibir el servicio (OMS, 2011).

Las formas del trato humano es uno de los pilares clave, de la satisfacción del usuario con fiabilidad del servicio y su relación con la calidad del cuidado estandarizado.



Mayormente las doctrinas sobre la atención humanizada sugieren que mejorar la efectividad del servicio a través de no invertir en cálculos de costos de calidad, no les ha impedido lograr mejoras en la percepción de calidad de la fiabilidad en la atención, es decir, esta solo puede lograrse con eliminar los defectos de segregación, exclusión, trato desigual, etc. (Monroy, 2011)

Los resultados de la Tabla 5 observamos que del 8.0% de pacientes insatisfechos con la responsabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 1,4%, medio 4,3% y, 2,2% alto. De los pacientes poco satisfechos con la responsabilidad 59,4%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 45,7%, alto 13,0%. En tanto de los 32,6% satisfechos con la responsabilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 2,2%, 29,7% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,589$  Sig. = 0,000). También son similares a los reportados por Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en Cuba, 2014, cuyos resultados indican de calidad era buena en un 67.7% y la satisfacción con la responsabilidad en la atención media en un 72.0%. También son similares a los reportados por Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), que reporta un 67.4% de la calidad del cuidado estandarizado en un nivel medio y 57.2% de satisfacción con la responsabilidad en la atención.

Estos resultados pueden explicarse por razones asociadas a la forma en que se cumplen con los servicios de atención al usuario, como pueden ser los servicios de entrega de medicamentos, los servicios de exámenes clínicos y el uso de la infraestructura para una mejor atención, cumplimiento de las actividades a tiempo, etc. Posiblemente sean estos los factores que más generan una gran satisfacción y estado de tranquilidad en el usuario. Generalmente el usuario supone que exigir responsabilidad al proveedor de servicios de salud es lo más estresante que le tocara vivir y no lo hace, allanándose a los que pueda brindarle el personal del servicio. Sin embargo, parece que la confianza en que el personal del servicio haga su labor es el último factor que puede permitir a los usuarios sentirse curados y, por lo tanto, fija su mirada en el valor de la responsabilidad del personal para interactuar en la atención de su caso en particular (OMS, 2015; Waldow, 2015).

Esto ya es una variación en la óptica de la percepción de la calidad del cuidado estandarizado puesto que no estaría importando las expectativas que trajo el usuario sino, en forma de regresión, decide estar de acuerdo con se le presenta hasta que no se vea afectado directamente en los resultados de su salud. Sin embargo, al parecer, le interesa observar que a veces los resultados del trabajo del personal de servicio no corresponden necesariamente a sus expectativas sino a razones de atención prácticas que generan mayor satisfacción al usuario y le ayuda a aumentar su satisfacción con la responsabilidad en la atención (OMS, 2015; Serrano, 20123).

Por otro lado, los resultados puedan deberse también a la forma en que los usuarios interactúan o se comunican con otros usuarios o sus familiares ya que la intervención de otras opiniones diversas puede conducir a una mayor comprensión de las realidades que le tocó vivir. Puede, por ejemplo, tratar entre ellos el tema de calidad del cuidado estandarizado en términos de accesibilidad, la medida en que se percibe a las personas, y medir a ambas variables en términos de la importancia de estos para el servicio que le toca recibir. Pero también se le puede considerar desde el campo del el valor simbólico y los riesgos que están involucrados. Y, dependerá de ello valorar la calidad del cuidado estandarizado y su satisfacción con la responsabilidad en el servicio que recibe (Vorvick, 2015; Waldow).

En los resultados de la Tabla 6 observamos que del 51,1% de pacientes insatisfechos con la seguridad; con la seguridad tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,0%, medio 3,6% y, 1,4% alto. De los pacientes poco satisfechos con la seguridad 55,8%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 43,5%, alto 10,1%. En tanto de los 39,1% satisfechos con la seguridad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 5,1%, 33,3% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,594$  Sig. = 0,000), son similares a los reportados por Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en Cuba, 2014, cuyos resultados indican que la calidad era buena en un 67.7% y la satisfacción con la seguridad en la atención media en un 66,4%. También son similares a los reportados por Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), que reporta un 58,6% de la calidad del cuidado estandarizado en un nivel medio y 57.2% de satisfacción con la responsabilidad en la atención

Estos resultados pueden explicarse por la forma como se presentan, se miden o valoran, los riesgos durante los procesos de atención. La forma en que un usuario es tratado en un establecimiento de salud puede afectar su percepción sobre la calidad del cuidado estandarizado y la seguridad que le brindan los servicios de salud que recibe, a pesar del hecho de que ellos puedan ser buenos o estar conformes con el protocolo en que deben brindarse (Waldow, 2014).

El riesgo percibido puede ser discutido desde diferentes campos de entendimientos y posturas teóricas, sin embargo, un enfoque de riesgo es lo que asume un usuario cuando en el ideario social solo percibe inseguridad en los campos de la vida social. Ya no interesa aquí si la atención que se da en un establecimiento de salud del Estado o una clínica privada sea buena o mala. El enfoque centra la percepción de la persona en aspectos reales pero sesgados a la realidad de su entorno. Esta es la naturaleza de una representación social aumentando el valor y la aceptación de la existencia de problemas que no pueden ser controlados por el usuario. Se valida la relación entre el riesgo mental y la enfermedad que lo llevó a un establecimiento de salud (Waldow, 2014).

Son representaciones sociales que plantean serias preocupaciones puesto que puede terminar en una especie de explosión psicosocial favorecida por las condiciones del entorno social. Según una encuesta europea (Eurofound, 2012, citado en Har, Arts & Verthoeven, 2014), la inseguridad de los usuarios de los servicios de salud está presente en más del 70% los usuarios de los servicios de salud acarrean problemas de ansiedad, siendo los mayores desafíos la dificultad de conciliar sus percepciones con sus representaciones reales de allí que solo el 18% de los usuarios de los establecimientos de salud se sientan seguros con los servicios brindados en un establecimiento de salud. Estos resultados también fueron encontrados por la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2011, citado en Tong et al., 2012), a pesar que la sensación de riesgo en los establecimientos de salud ya se había reducido en un 20%.

Estos estudios sostienen que los usuarios de los servicios de salud se centran en evaluar riesgos de seguridad desde una perspectiva más orientada al cumplimiento de los protocolos de la atención y muchas veces o en la gran mayoría de las veces ni los conoce. El propósito principal es "dar forma" a una situación que fuerce a la aplicación correcta de los procedimientos de atención en su caso y que estos tengan un rostro humano y sensible con su condición de salud. Abarca los aspectos psicológicos asociados con el desarrollo del proceso sobre atención de su salud y la vida laboral de la persona que lo atiende por ello entran en juego tres fronteras de entendimiento: sentimientos (habla, autoconciencia, facultades mentales, etc.), emociones (control emocional, comunicación emocional, mental y física) habilidades (visuales, auditivas, etc.). Al valorar la seguridad que brindan los procesos de atención, los usuarios hacen que sus representaciones sociales se construyan en base a datos: personas (recursos mentales), (recursos personales) y objetos (recursos físicos). Esto permite la comparación entre lo percibido y su presupuesto de seguridad (expectativas) que trajo o tenía antes de ser atendido y que lo llevo a evaluar el trabajo del personal que lo atiende (Tong et al., 2012).

En los resultados que muestra la Tabla 7 observamos que del 8.7% de pacientes insatisfechos con la empatía; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 3,6% y, 4,3% alto. De los pacientes poco satisfechos con la empatía 52,9%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 44,2%, alto 6,5%. En tanto de los 38,4% satisfechos con la empatía; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 4,3%, 34,1% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,590$  Sig. = 0,000), son similares a los reportados por Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en Cuba, 2014, cuyos resultados indican de calidad era buena en un 67.7% y la satisfacción con la seguridad en la atención media en un 66,4%. También son similares a los reportados por Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), que reporta un 58,6% de la calidad del cuidado estandarizado en nivel medio y 57.2% de satisfacción con la empatía en la atención.

Estos resultados pueden explicarse desde la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud y la teoría de la recepción de George H. Mead, pasando por la presentación de Jacob L. Moreno, la teoría de Carl Rogers o Robert Carkhuff y la Gestalt de Fritz Perls,

quienes conciben a la empatía como una cualidad necesaria en las relaciones de ayuda u orientación existentes (Rogers, 1975).

En el campo de la atención médica, las habilidades de colaboración deben ser sensibles, comprender los sentimientos, experiencias y opiniones de los demás sin provocar una comunicación necesariamente explícita. Se cree que esta debería ser una cualidad, capacidad, habilidad y/o destreza que debería incorporada en el gen del profesional de la salud. Sin embargo, cuando se tienen resultados no muy buenos en la percepción de los usuarios (como los que se obtuvieron en el presente estudio) tendríamos que señalar de acuerdo con Carl Rogers que no existiría en el personal de salud una convicción, necesidad, actitud e interés profundo en desarrollarla como estrategia del trabajo sanitario. Pero eso ya escapa a la percepción del usuario, aunque para nosotros estaría sugiriendo una actitud que pone en riesgo la atención misma del usuario (Rogers, 1975).

Esto nos estaría diciendo también que en el caso del personal de salud del Centro de Salud Aranjuez, 2019, la empatía parece variar desde el grado mínimo esencial de empatía de corte terapéutico hasta un término intermedio de empatía relacional. Hasta allí se le permite al usuario percibir el estado de ánimo del personal que lo atiende, en consecuencia, estamos ante profesionales que, si bien respetan las formas de construcción de relaciones con los usuarios, no le da importancia al desarrollo de procesos empáticos durante las intervenciones de intercambio relacional. Esto se convierte en el elemento esencial para una percepción de satisfacción con la empatía en un nivel medio. Esto significa que los usuarios son vulnerables. Significa vivir una experiencia sin que el personal de salud se preocupe de nada y actuar en una vida feliz, sin imaginar lo que pasa al otro lado, tienen miedo de preguntar, verificar hasta sus formas de ver y sentirse durante los procesos de atención porque no son guiados por las respuestas que recibes del personal de salud (Hernández, 2013).

En los resultados Tabla 8 observamos que del 8.7% de pacientes insatisfechos con la tangibilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0,7%, medio 3,6% y, 4,3% alto. De los pacientes poco satisfechos con la tangibilidad 58,8%; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 2,2%, medio 45,7 y alto 8,0%. En tanto de los

35,5% satisfechos con la tangibilidad; tuvieron calidad del cuidado estandarizado bajo 0%, medio 2.9%, 32.6% alto. La correlación fue significativa con una  $p < 0,001$  (Spearman  $R = 0,588$  Sig. = 0,000). Estos resultados son similares a los reportados por Font, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en Cuba, 2014, cuyos resultados indican de calidad era buena en un 67.7% y la satisfacción con la seguridad en la atención media en un 66,4%. También son similares a los reportados por Castro, Moreno y Paredes (Perú, 2016), que reporta un 58,6% de la calidad del cuidado estandarizado en un nivel medio y 57.2% de satisfacción con la empatía en la atención.

Estos resultados pueden explicarse bajo los postulados de la teoría de la complejidad de Stacey que vincula la comunicación al análisis de la organización de los espacios, instrumentos e implemento de la atención. Explica que estos elementos son percibidos en interacción en la medida que surja un interés particular, no es el resultado de una valoración expresa de parte del usuario, pero si de un plan organizado por los prestadores de servicios de salud en base a estimaciones del cambio de las percepciones en los usuarios (Stacey, 2007).

En salud esto se ha convertido en un paradigma de calidad de la atención, pero más que eso, se ha convertido en un orientador en la construcción, evolución y desarrollo de la cultura organizacional en los establecimientos de salud. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, estas percepciones enfatizan el razonamiento centrado en las personas y sus relaciones. Centrarse en el objetivo, apuntar a la intersubjetividad, es una forma de entender la tangibilidad enfatizando la organización antes que el discurso y las acciones de las personas (Stacey, 2007).

Dentro de los establecimientos de salud esta corriente de trabajo nació como un modelo organizacional que busca mantenerse al tanto la cultura de salud basada en tecnología de los principios biológicos, la realidad es que no está diseñada para hacer frente a nuevos enfoques, es necesario estudiarlo como estructuras organizacionales, si, indudablemente, pero ello no nos garantiza una valoración predictiva de la importancia de las relaciones o demás componentes de la atención de salud. Los logros organizacionales basados en lo tangible socava la filosofía de trabajo coordinado e interactivo y no jerárquico y, en salud, esto es inadmisibile puesto que

se priorizará siempre el acceso, la fiabilidad, la responsabilidad, la seguridad y la empatía que son independientes de la relación entre los profesionales de la salud y la tangibilidad de los servicios (Haar, Aarts & Verhoeven, 2014).

Es más, las instituciones que se orientan o privilegian la creatividad en los aspectos tangibles de la atención, no son estáticas, se retroalimentan permanentemente, permiten que las personas interactúen entre sí y los dirigen a actuar de maneras que suelen convertir las percepciones de los usuarios en respuestas positivas en el tiempo. Esto genera los balances en el sistema de atención al usuario y dinamiza, a través de sus acciones, los sistemas adaptativos complejos y los aprendizajes se convierten en transitorios y posibles de cambios permanentes (Tong, et al., 2012).

## V. CONCLUSIONES

- La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario del Centro de Salud Aranjuez, 2019 ( $p < 0,001$ ).
- La satisfacción del usuario prioritariamente fue poco satisfecha (60.9%), seguido de satisfecho (35.5%) e insatisfecho (3.6%).
- La calidad del cuidado estandarizado prioritariamente fue medio con un 52.2%, seguido de alto con 44.9% y bajo con 2.9%.
- La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, con una ( $p < 0,001$ ).
- La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la responsabilidad inherente a la satisfacción de los usuarios en el Centro de Salud Aranjuez, con una ( $p < 0,001$ ).
- La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, con una ( $p < 0,001$ ).
- La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, con una ( $p < 0,001$ ).
- La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, con una ( $p < 0,001$ ).



## **VI. RECOMENDACIONES**

Al jefe del Centro de Salud:

- Desarrollar una perspectiva de trabajo en función de la satisfacción del usuario desarrollando procesos de adaptabilidad individual y colectiva para comprender e interactuar mejor con el usuario.
  
- Generar procesos de evaluación y desarrollo de la cultura organizacional en la institución basada en los postulados del cuidado humanizado y el fortalecimiento de las iniciativas interactivas en la prestación de servicios de salud.
  
- El personal del Centro de Salud Aranjuez debe trabajar en equipo para lograr una mayor satisfacción del usuario con la atención recibida.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Acapana K, Aguado Sh, et al. Nivel de satisfacción del usuario externo que se atiende en el Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos en octubre del 2012. Perú: Universidad Ricardo Palma, 2013.
- Aguilar P, Aros G, Cid A. Perfil y grado de satisfacción de los usuarios que asisten al Centro de Salud de la Universidad Austral de Chile sede Valdivia, el 1° semestre del año 2014. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. 2014.
- Álvarez, F. (2011). Calidad y auditoria en salud. Colombia: ECOE.
- Amezcu, M (2010). Negociando los significados del riesgo: seguridad compartida en el entorno asistencial. Rev ROL Enf 2010; 33(7-8):496-503.
- Barragán J, Moreno C. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enferm. Glob. Vol.12, N° 29, enero - 2013. Murcia, España. 2013. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100011).
- Borré Y, Vega Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Ciencia y Enfermería XX (3): 81-94. 2014. Colombia. 2014.
- Cameron A. et al. (2015). Precios de medicamentos, disponibilidad y asequibilidad en 36 países en desarrollo y de ingresos medios: un análisis secundario. Washington, DC: Lancet. 373: 240-249.
- Carvalho I. (2016). Evaluación y monitorización de los cuidados enfermeros en la Atención Primaria de la Salud. Brasil: Universidad de Sao Paulo.
- Castro Cl, Moreno Cl y Paredes H. (2016). Calidad del Cuidado de Enfermería y Grado de Satisfacción del Usuario Externo del Centro de Salud San Juan, año 2016.

Chacaliaza F, Vela T. (2013). Percepción de la satisfacción del usuario externo de emergencia, consulta externa y hospitalización, del Hospital de Apoyo Iquitos Cesar Garayar García – 2013. Perú: [ww.hospitaliquitos.gob.pe](http://ww.hospitaliquitos.gob.pe).

De la Rosa R y Zamora G. (2012). Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Index de Enfermería* 2012; 21(4):219-223.

EASP. Consejería de Salud y Bienestar Social. Valoración de la atención del personal de enfermería de los hospitales. Andalucía, otras Comunidades Autó-nomas y España, 2000-2010. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en [http://www.calidadsaludandalucia.es/es/experiencia\\_paciente\\_5\\_9.html](http://www.calidadsaludandalucia.es/es/experiencia_paciente_5_9.html) [acceso: 22/05/2014].

Ferreira F, Robalino D. (2015). Protección social en América Latina: logros y limitaciones. Washington, DC: Banco Mundial, Región de América Latina y el Caribe y Red de Desarrollo Humano, Unidad de Protección Social y Trabajo.

Font M, Legra B, Torres N, Buduen Y, Sánchez A. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, Cuba. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_11\\_14/san111811.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san111811.htm).

Hernández, J. (2013). Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder. Recuperado de <http://bibpsxxi.blogspot.com.es/2013/10/convicciones-yconveniencias-2013.html>.

Huércanos, I (2013). Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index de Enfermería* 2013; 22 (1-2): 5-6.

- Huerta L. 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. Perú: UNMSM, 2015.
- Ibañez M, Fernández R y García J. (2014). Informe de Evaluación del establecimiento de Salud Distrital Jerusalén mediante la aplicación del índice de seguridad para establecimientos de mediana y baja complejidad. Perú: MINSAL, 2014.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). Informe Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES: 2000-2015). Perú: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). Encuesta Nacional de satisfacción de usuarios de la cobertura universal en salud. Enero a junio, 2014. ENSUSALUD. MINSAL. Lima, Perú. 2014.
- Larson P. y Ferketich S. (1993). La satisfacción de los pacientes con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización. *Western Journal of Nursing Research*, 15 (15).
- Leininger MM (ed.). *Cultura, cuidado, diversidad y universalidad: una teoría de la enfermería*. Nueva York: NLN.
- Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). 2015;15 (3): 413-425.
- Ministerio de Salud del Perú (2011). Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Perú: RM N° 527-2011/MINSAL.
- Mira J, Rodríguez Y. (2010). Semejanzas y Diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida. *Revista Calidad Asistencial*, (N° 15), pp. 36-42.

- Monchón P, Montoya Y. (2013). Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III Essalud Chiclayo. Perú: USAT.
- Monroy S. (2011). Concepto sobre el trato humano hacia el paciente. Colombia: Universidad Sergio Arboleda.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) Grupo de trabajo sobre financiamiento internacional innovador para los sistemas de salud, Grupo de Trabajo 1. Documento de antecedentes de la OMS: limitaciones a la ampliación y costos. Ginebra, Suiza: OMS/ International Health Partnership.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Introducción, administración y puntuación en la evaluación de la calidad de la atención. OMS. Ginebra-Suiz: WHOQOL-BREF
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Base de datos CHOICE de la OMS. Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de La Salud (OMS). Normas Mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Washington, D.C.: Biblioteca OPS, 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Una mirada global a la percepción pública de los problemas de salud, las prioridades y los donantes: La encuesta mundial de salud de Kaiser /Pew. Ginebra- Suiza: OMS/Fundación Henry J. Kaiser, 2015.
- Organización Panamericana de La Salud (OPS), Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) (2011). Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la enfermería. México OPS/FEPPEN: HSO-HSP.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. (1988). SERVQUAL: Una escala multidimensional para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio. *Journal of Retailing*,; 64(1), 12-37).

- Ramírez CL, Perdomo A, Galán F. (2013). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Rev. Av.enferm.*, XXXI (1): 42-51, 2013.
- Rogers, C. (1975). *Empathic: An Unappreciated Way of Being*. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Rondón A, Salazar D. (2010). *Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad del hospital universitario Ruiz y Páez*. Ciudad Bolívar. 2010. Venezuela: UDO.
- Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Brasil: Latino-Am.* 2014; 22(3):454-60
- Serrano R. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Rev. Salud Pública de México*. 2012; 50 (2): 162-172.
- Stacey, R. D. (2007). The challenge of human interdependence: Consequences for thinking about the day to day practice of management in organizations. *European Business Review*, 19(4), 292-302
- Ter Haar, M., Aarts, N., & Verhoeven, P. (2014). Finding common ground in implementation: Towards a theory of gradual commonality. *Health Promotion International*, 10. doi: 10.1093/heapro/dau077
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181. doi:10.1186/1471-2288-12-181
- Veenhoven R. La utilidad de la felicidad. 4º Edc. EE.UU.: *Investigación de Indicadores Sociales*. 2013; 20: 333 - 354.

Vorvick L. (2015). Derechos de los usuarios de servicios de salud; Derechos de los usuarios de atención en salud. EE. UU.: Universidad de Washington.

Waldow R. (2012). Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Brasil: Petrópolis.

Waldow, R (2011). Trabajo colaborativo en salud - responsabilidad de la enfermera en la perspectiva del cuidado. En Waldow, R (comp.). El Cuidado de Enfermería: reflexiones entre dos orillas. Granada-España: Fundación Index, 2014. Pp.: 151-166.

Waldow, R (2014). El Cuidado de Enfermería: reflexiones entre dos orillas. Granada-España: Fundación Index.

## ANEXOS

**Anexo 1:** Cuestionario sobre la calidad de los cuidados estandarizados.

### UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

#### ESCUELA DE POSGRADO

#### CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ESTANDARIZADOS

(ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RONDÓN Y SALAZAR, 2010)

---

#### DATOS DE FILIACIÓN:

Edad: .....

Sexo: .....

Servicio en el que se atendió:

.....

---

Las afirmaciones que a continuación se le presentan sobre la calidad de los cuidados estandarizados, no son ni verdaderas ni falsas, solo expresan una opinión, en tal sentido puede estar totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

	<b>CUIDADOS ESTANDARIZADOS</b>	1	2	3	4	5	6	7
1	Se lava las manos con solución jabonosa antiséptica o bactericida antes y después de brindar cada atención.							
2	Utiliza guantes, mascarilla, mandil (principios de bioseguridad), antes, durante y después de brindar cada atención.							
3	Utiliza la historia clínica del usuario y otros formatos de registro al brindar atención.							
4	Controla y registra los signos vitales del usuario y le dice sus resultados							



5	Valora y registra en la historia clínica los factores de riesgo encontrados y los informa al usuario							
6	Busca que el usuario este colocado en la posición correcta al brindar cada atención							
7	Actúa con seguridad y destreza al brindar cualquier atención							
8	Interviene según su competencia cuando el usuario necesita alguna atención, referencia y otros.							
9	Garantiza la integridad y el cuidado de la piel cuando hay alteraciones (técnicas de curación, manejo de la inmovilidad, ejercicios).							
10	Se toma el tiempo necesario durante los procedimientos indicados, sin desesperarse o preocupar al usuario							

Variable	Categorías
Cuidados estandarizado	Bajo 10 a 30 pts.
	Medio 31 a 50 Pts.
	Alto 51 a 70 Pts.

**Anexo 2:** Cuestionario multidimensional Servqual de satisfacción del usuario.

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL SERVQUAL DE SATISFACCIÓN DEL  
USUARIO (PARASURAMAN, ZEITHAML Y BERRY, 1988; MINSA, 2011)**

---

**DATOS DE FILIACIÓN:**

Edad: ..... Sexo: .....

Servicio en el que se atendió:

.....

---

Las afirmaciones que a continuación se le presentan sobre la satisfacción con el cuidado de, no son ni verdaderas ni falsas solo expresan una opinión, en tal sentido puede calificarlas estando:

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

	<b>FIABILIDAD</b>	1	2	3	4	5	6	7
1	El personal informa, orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta							
2	El personal observa que la consulta se realice en el horario programado							
3	El personal observa que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada							
4	El personal se preocupa para que la historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para la atención							

5	El personal observa que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad							
	<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD</b>	1	2	3	4	5	6	7
6	El personal observa que la atención en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida							
7	El personal se preocupa para que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida							
8	El personal procura que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
9	El personal ve para que la atención en farmacia sea rápida							
	<b>SEGURIDAD</b>	1	2	3	4	5	6	7
10	El personal observa que durante su atención en el consultorio se respete la privacidad del usuario							
11	El personal se cerciora que se realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención							
12	El personal brinda el tiempo necesario para disipar las dudas o contestar preguntas sobre el problema de salud del usuario							
13	El actuar del personal de salud inspira mucha confianza							
	<b>EMPATÍA</b>	1	2	3	4	5	6	7
14	Se recibe un trato amable, de respeto y paciencia							
15	Siempre muestran interés en solucionar los problemas de salud del usuario							
16	Procuran que comprendamos la explicación del médico sobre el problema de salud o resultado de la atención							

17	Procuran que comprendamos la explicación que el médico le brinda sobre el tratamiento a seguir: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
18	Procuran que comprendamos la explicación que el médico le brinda sobre los procedimientos o análisis que le realizarán a uno							
	<b>TANGIBILIDAD</b>	1	2	3	4	5	6	7
19	Se preocupan para que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes.							
20	Se preocupan para que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes							
21	Se preocupan para que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	Se preocupan para que los consultorios y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos							

Variable/Dimensión	Categorías
Satisfacción general	Satisfecho (111-154 Pts)
	Poco Satisfecho (67-110pts)
	Insatisfecho (22-66 pts)
Fiabilidad	Satisfecho (26-35 Pts)
	Poco Satisfecho (16-25pts)
	Insatisfecho (5-15 pts)
Capacidad de respuesta o responsabilidad	Satisfecho (21-28 Pts)
	Poco Satisfecho (13-20pts)
	Insatisfecho (4-12 pts)
Seguridad	Satisfecho (21-28 Pts)
	Poco Satisfecho (13-20pts)

	Insatisfecho (4-12 pts)
Empatía	Satisfecho (26-35 Pts) Poco Satisfecho (16-25pts) Insatisfecho (5-15 pts)
Tangibilidad	Satisfecho (21-28 Pts) Poco Satisfecho (13-20pts) Insatisfecho (4-12 pts)

**Anexo 3: Validación de juicio de experto**

**Anexo 3.1:**

Anexo 3

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**  
**FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS**  
**CALIDAD DEL CUIDADO ESTANDARIZADO Y SATISFACCIÓN DE USUARIOS.**

Estimado (a): Candy Susana Altuna Pastor  
 Profesión: Obstetra  
 Grado Académico: Maestría  
 Institución donde labora: CSMI El Bosque


Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	SI	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.		X	

Sugerencias:

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



Firma del juez experto (A)

CP: 14178

**ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ**

Estimado (a): Livesto Adolfo Flores Gozmen  
 Profesión: Psicólogo  
 Grado Académico: Magister en Gestión del Talento Humano  
 Institución donde labora: Unidad de Gestión Educativa 03

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....  
 .....

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del juez experto (A)

CP:

**ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ**

Estimado (a): Betty Luisa Diendo Alvarez  
 Profesión: Docente  
 Grado Académico: Maestro en Gestión Pública  
 Institución donde labora: I.E. N° 91522

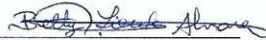
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	/		
La estructura del instrumento es adecuada.	/		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	/		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	/		
Los ítems son claros y entendibles.	/		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

Sugerencias:

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



Firma del juez experto (A)

CP:



**ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ**

Estimado (a): ..... WILVER QUISPE RAMOS .....  
 Profesión: ..... Abogado .....  
 Grado Académico: ..... Doctor en Gestión pública y Gobernabilidad .....  
 Institución donde labora: ..... Independiente .....


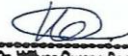
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	/		
La estructura del instrumento es adecuada.	/		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	/		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	/		
Los ítems son claros y entendibles.	/		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

Sugerencias:

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


  
 Dr. Wilver Quispe Ramos  
 ABOGADO  
 CALL Nº. 039171

Firma del juez experto (A)

CP:

**ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ**

Estimado (a): Nancy A. Galerias Obando  
 Profesión: obstetra  
 Grado Académico: Maestra  
 Institución donde labora: Centro de Salud Ananijes

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
Los ítems son claros y entendibles.	✓		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

Sugerencias:

.....  
 .....


Firma del juez experto (A)

CP:

## Anexo 3.2

### UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

#### FORMATO AIKEN DE ANÁLISIS DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES.

Ítems	Criterios	Nº de Jueces				
		1	2	3	4	5
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1
3	La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1
4	Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1
6	Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	0	1	1	1
Total		7	6	7	7	7

Si = 1    No = 0

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

*b* = Grado de concordancia entre jueces;

*Ta* = n° total de acuerdos;

*Td* = n° total de desacuerdos.

$$b = \frac{34}{34 + 1} \times 100$$

$$34 + 1$$

$$b = 97,14285714285714$$

**Anexo 4:** Formato de consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo ....., usuario de los servicios de salud del Centro de Salud Aranjuez, con domicilio en ....., ciudad de ....., provincia de ....., con ....., años de edad y DNI....., a través del presente documento dejo constancia el haber sido informada(o) por la Obstetra Lic. Dina Nerella Cabello Miranda sobre los objetivos y fines de la investigación titulada “Calidad de los cuidados estandarizados y su relación con la satisfacción del usuario. Centro de Salud Aranjuez, 2019” y declaro libremente y sin compromisos que accedí voluntariamente a participar como encuestada en dicha investigación. Dejado en claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales o judiciales solo en áreas académicas profesionales en el que se desarrolla la investigación en mención, tal como preceptúa la actual ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo, ..... de ....., del año 2019.

---

Firma del paciente

DNI

**Anexo 5:** Resultados del estudio piloto para determinar confiabilidad del cuestionario

**Anexo 5.1:**

BASE DE DATOS DEL ESTUDIO PILOTO PARA DETERMINAR CONFIABILIDAD  
DEL CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS  
ESTANDARIZADOS: BASE DE DATOS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
2	1	1	1	1	5	1	7	3	3	1
3	7	6	7	4	7	4	7	4	7	7
4	6	7	7	7	7	7	4	4	7	7
5	2	6	1	1	2	3	4	5	3	4
6	7	6	7	6	7	7	6	7	7	7
7	4	5	5	3	4	5	5	5	4	5
8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9	3	6	7	6	7	5	5	5	7	7
10	5	6	5	5	5	5	5	6	5	5
11	6	6	7	7	7	6	7	6	5	5
12	5	6	6	6	5	6	5	6	6	7
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
15	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7
16	5	5	6	6	6	5	5	7	6	7
17	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	4	7	4	7	4	4	7	4	5	6
20	1	1	2	2	4	6	5	7	6	7

## Anexo 5.2

### RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ESTANDARIZADOS.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,959	,959	10

Estadísticas de elemento		Media	Desviación estándar	N
1	Se lava las manos con solución jabonosa antiséptica o bactericida antes y después de brindar cada atención.	4,85	2,207	20
2	Utiliza guantes, mascarilla, mandil (principios de bioseguridad), antes, durante y después de brindar cada atención.	5,45	2,038	20
3	Utiliza la historia clínica del usuario y otros formatos de registro al brindar atención.	5,30	2,273	20
4	Controla y registra los signos vitales del usuario y le dice sus resultados	5,10	2,269	20
5	Valora y registra en la historia clínica los factores de riesgo encontrados y los informa al usuario	5,55	1,820	20
6	Busca que el usuario este colocado en la posición correcta al brindar cada atención	5,25	1,888	20
7	Actúa con seguridad y destreza al brindar cualquier atención	5,60	1,536	20
8	Interviene según su competencia cuando el usuario necesita alguna atención, referencia y otros.	5,50	1,670	20
9	Garantiza la integridad y el cuidado de la piel cuando hay alteraciones (técnicas de curación, manejo de la inmovilidad, ejercicios).	5,55	1,701	20
10	Se toma el tiempo necesario durante los procedimientos indicados, sin desesperarse o preocupar al usuario	5,80	1,908	20

#### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	5,395	4,850	5,800	,950	1,196	,076	10
Varianzas de elemento	3,790	2,358	5,168	2,811	2,192	1,022	10
Covariables entre elementos	2,653	1,211	4,547	3,337	3,757	,724	10
Correlaciones entre elementos	,700	,417	,928	,510	2,222	,020	10

**Estadísticas de total de elemento**

Elementos	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	49,10	215,147	,875	,952
2	48,50	225,211	,773	,956
3	48,65	210,976	,917	,950
4	48,85	213,397	,877	,952
5	48,40	226,358	,858	,953
6	48,70	223,695	,875	,952
7	48,35	246,450	,578	,963
8	48,45	237,629	,704	,959
9	48,40	227,726	,897	,952
10	48,15	224,766	,844	,954

**Estadísticas de escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
53,95	276,682	16,634	10

**Coefficiente de correlación intraclase**

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,700 <sup>a</sup>	,554	,839	24,331	19	171	,000
Medidas promedio	,959 <sup>c</sup>	,926	,981	24,331	19	171	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

### Anexo 5.3

## BASE DE DATOS DEL ESTUDIO PILOTO PARA DETERMINAR LA CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL SATISFACCIÓN DEL USUARIO SERVQUAL

	Fiabilidad					Responsabilidad				Seguridad				Empatía					Tangibilidad			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	3	3	5	5	6	7	6	7	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	7	5	7	6	7	7	5	5	5	6	5	6	7	7	7	7	7	7	6	7	5	6
3	4	4	6	5	4	2	6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	6	4	5	5
4	1	2	4	2	2	3	3	3	2	1	2	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	1
5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	5	5	7	7	7	6	7	7	5	5	6	6	5
6	1	2	4	2	2	3	3	3	2	1	2	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	1
7	4	2	2	2	2	5	2	4	4	2	2	3	3	1	4	3	2	2	3	4	4	3
8	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
10	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
12	7	5	6	7	7	5	5	5	5	5	5	5	5	7	5	7	5	5	4	5	6	7
13	7	1	1	7	1	7	4	1	7	1	4	4	1	7	7	4	1	1	1	1	1	1
14	7	5	7	7	7	6	4	4	7	7	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	4	4
15	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
16	5	5	5	5	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	5	5	5	3	3	5
17	7	5	4	4	4	3	5	5	5	5	5	5	7	6	5	5	5	5	5	6	5	5
18	3	4	5	6	7	5	7	6	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7
19	7	7	7	7	7	7	5	5	7	1	5	4	3	5	4	3	4	4	7	3	3	7
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



## Anexo 5.4

### RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL DE SATISFACCIÓN DE USUARIO SERVQUAL

#### Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
Servqual General	,985	22
Dimensión: Fiabilidad	,932	5
Dimensión: Responsabilidad	,915	4
Dimensión: Seguridad	,971	4
Dimensión: Empatía	,960	5
Dimensión: Tangibilidad	,958	4

	Estadísticas de Elementos	Media	Desviación estándar	N
1	El personal informa, orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta	4,75	2,447	20
2	El personal observa que la consulta se realice en el horario programado	4,05	2,089	20
3	El personal observa que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada	4,55	2,235	20
4	El personal se preocupa para que la historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para la atención	4,95	2,089	20
5	El personal observa que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	4,60	2,326	20
	<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA O RESPONSABILIDAD</b>			
6	El personal observa que la atención en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida	4,85	2,007	20
7	El personal se preocupa para que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	4,75	1,832	20
8	El personal procura que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida	4,50	1,850	20
9	El personal ve para que la atención en farmacia sea rápida	5,10	1,997	20
	<b>SEGURIDAD</b>			
10	El personal observa que durante su atención en el consultorio se respete la privacidad del usuario	4,25	2,403	20
11	El personal se cerciora que se realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	4,45	1,820	20

12	El personal brinda el tiempo necesario para disipar las dudas o contestar preguntas sobre el problema de salud del usuario	4,70	1,922	20
13	El actuar del personal de salud inspira mucha confianza	4,45	2,373	20
	<b>EMPATÍA</b>			
14	Se recibe un trato amable, de respeto y paciencia	4,85	2,412	20
15	Siempre muestran interés en solucionar los problemas de salud del usuario	4,85	1,981	20
16	Procuran que comprendamos la explicación del médico sobre el problema de salud o resultado de la atención	4,85	1,981	20
17	Procuran que comprendamos la explicación que el médico le brinda sobre el tratamiento a seguir: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	4,70	2,080	20
18	Procuran que comprendamos la explicación que el médico le brinda sobre los procedimientos o análisis que le realizarán a uno	4,45	2,064	20
	<b>TANGIBILIDAD</b>			
19	Se preocupan para que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes.	4,65	2,110	20
20	Se preocupan para que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	4,60	2,037	20
21	Se preocupan para que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención	4,35	2,033	20
22	Se preocupan para que los consultorios y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos	4,55	2,282	20

<b>Estadísticas de elemento de resumen</b>							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,627	4,050	5,100	1,050	1,259	,059	22
Varianzas de elemento	4,478	3,313	5,987	2,674	1,807	,690	22
Covariables entre elementos	3,328	2,034	5,197	3,163	2,555	,419	22
Correlaciones entre elementos	,753	,452	,965	,513	2,133	,017	22
<b>Fiabilidad</b>							
Medias de elemento	4,580	4,050	4,950	,900	1,222	,112	5
Varianzas de elemento	5,025	4,366	5,987	1,621	1,371	,486	5
Covariables entre elementos	3,648	2,897	4,182	1,284	1,443	,200	5
Correlaciones entre elementos	,732	,601	,895	,294	1,489	,009	5
<b>Responsabilidad</b>							
Medias de elemento	4,800	4,500	5,100	,600	1,133	,062	4
Varianzas de elemento	3,699	3,355	4,029	,674	1,201	,130	4
Covariables entre elementos	2,685	2,132	3,332	1,200	1,563	,209	4
Correlaciones entre elementos	,728	,574	,878	,304	1,529	,015	4
<b>Seguridad</b>							
Medias de elemento	4,462	4,250	4,700	,450	1,106	,034	4
Varianzas de elemento	4,603	3,313	5,776	2,463	1,743	1,639	4

Covariables entre elementos	4,029	3,300	5,197	1,897	1,575	,398	4
Correlaciones entre elementos	,893	,840	,943	,103	1,122	,001	4
Empatía							
Medias de elemento	4,740	4,450	4,850	,400	1,090	,031	5
Varianzas de elemento	4,451	3,924	5,818	1,895	1,483	,619	5
Covariables entre elementos	3,651	2,900	4,397	1,497	1,516	,230	5
Correlaciones entre elementos	,828	,704	,965	,261	1,371	,008	5
Tangibilidad							
Medias de elemento	4,538	4,350	4,650	,300	1,069	,017	4
Varianzas de elemento	4,485	4,134	5,208	1,074	1,260	,254	4
Covariables entre elementos	3,806	3,484	4,413	,929	1,267	,118	4
Correlaciones entre elementos	,851	,775	,925	,151	1,195	,003	4

#### Estadísticas de total de elemento

Servqual		Fiabilidad		Responsabilidad		Seguridad		Empatía		Tangibilidad	
CT*	AC*	CT	AC	CT	AC	CT	AC	CT	AC	CT	AC
,688	,985	,757	,927								
,782	,984	,873	,904								
,732	,985	,823	,912								
,829	,984	,811	,915								
,914	,983	,827	,912								
,695	,985			,729	,915						
,872	,984			,854	,872						
,878	,984			,768	,900						
,814	,984			,871	,863						
,867	,984					,920	,957				
,962	,983					,901	,963				
,963	,983					,959	,946				
,904	,983					,926	,954				
,867	,984							,870	,953		
,854	,984							,866	,951		
,913	,983							,948	,938		
,912	,983							,872	,950		
,935	,983							,877	,949		
,896	,984									,896	,944
,882	,984									,874	,950

,885	,984									,919	,937
,893	,984									,899	,944

CT*	AC*
Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido

#### Estadísticas de escala

	Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
Servqual G	101,80	1635,958	40,447	22
Fiabilidad	22,90	98,095	9,904	5
Responsabilidad	19,20	47,011	6,856	4
Seguridad	17,85	66,766	8,171	4
Empatía	23,70	95,274	9,761	5
Tangibilidad	18,15	63,608	7,975	4

#### Coefficiente de correlación intraclase

		Correlación intraclase <sup>b</sup>	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
			Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Servqual G.	Medidas promedio	,985 <sup>e</sup>	,973	,993	64,623	19	399	,000
Fiabilidad	Medidas promedio	,930 <sup>e</sup>	,866	,969	14,249	19	76	,000
Responsabilidad	Medidas promedio	,914 <sup>e</sup>	,829	,962	11,590	19	57	,000
Seguridad	Medidas promedio	,966 <sup>e</sup>	,932	,985	29,084	19	57	,000
Empatía	Medidas promedio	,958 <sup>e</sup>	,920	,981	23,834	19	76	,000
Tangibilidad	Medidas promedio	,957 <sup>e</sup>	,916	,981	23,414	19	57	,000

PRUEBA DE DISTRIBUCIÓN DE NORMALIDAD						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
CUIDADOS ESTANDARIZADOS	,328	138	,000	,708	138	,000
GENERAL SATISFACCION	,367	138	,000	,705	138	,000
FIABILIDAD	,325	138	,000	,754	138	,000
RESPONSABILIDAD	,336	138	,000	,750	138	,000
SEGURIDAD	,333	138	,000	,732	138	,000
EMPATIA	,300	138	,000	,762	138	,000
TANGIBILIDAD	,315	138	,000	,760	138	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

**Anexo 6:** Base de datos con respecto a la entrevista realizada

## BASE DE DATOS

	Cuidados estandarizados	Satisfacción General	Fiabilidad	Responsabilidad	Seguridad	Empatías	Tangibilidad
1	3	2	2	2	3	1	1
2	3	2	3	3	3	1	1
3	2	1	2	1	1	1	1
4	3	3	3	3	3	3	3
5	2	2	2	2	2	3	2
6	3	3	3	3	3	3	3
7	2	2	2	2	2	2	2
8	3	3	3	3	3	3	3
9	2	2	2	2	2	2	2
10	2	2	2	2	2	2	2
11	3	3	3	3	3	3	3
12	2	2	2	2	3	2	2
13	2	2	2	2	2	2	2
14	2	2	2	2	2	2	2
15	2	2	2	2	2	2	2
16	3	3	3	2	2	3	3
17	3	3	3	3	3	2	3
18	3	3	3	2	3	3	3
19	3	3	2	2	2	3	2
20	3	3	2	3	3	3	3
21	3	3	2	3	3	3	3
22	2	2	2	2	2	2	2
23	2	2	2	2	2	2	2
24	2	2	2	2	2	2	2
25	3	3	3	3	3	2	3
26	3	3	3	3	2	3	3
27	3	3	3	2	2	3	3
28	3	3	3	2	3	3	3
29	3	3	3	3	3	3	3
30	2	2	2	2	2	3	2
31	2	2	2	2	2	2	2
32	2	3	2	2	2	2	2
33	2	2	2	2	2	2	2
34	3	3	3	3	3	3	2
35	3	3	3	3	3	3	3
36	2	2	2	2	2	2	2
37	2	2	2	2	2	2	2
38	3	3	3	3	3	3	3
39	3	3	3	3	3	3	3
40	2	2	2	2	2	2	2
41	2	2	2	2	2	2	2
42	2	2	2	2	2	2	2
43	2	2	2	2	2	2	2
44	2	2	2	2	2	2	2
45	2	2	2	2	2	2	2
46	2	2	2	2	2	2	2
47	2	2	2	2	2	2	2
48	2	2	2	2	2	2	2
49	2	2	2	2	2	2	2
50	2	2	2	2	2	2	2
51	2	2	2	2	2	2	2
52	3	3	3	3	3	3	3
53	2	2	2	2	2	2	2
54	2	2	2	2	2	2	2
55	3	2	2	2	3	3	2
56	3	3	3	3	3	3	3
57	2	2	2	2	2	2	2
58	3	3	3	3	2	3	3
59	2	2	2	2	2	2	2
60	2	2	2	2	2	2	2
61	2	2	2	2	2	2	2

62	2	2	2	2	2	2	2
63	2	2	2	2	2	2	2
64	2	2	2	2	2	2	2
65	2	3	3	3	3	2	2
66	2	1	1	1	1	2	2
67	3	2	2	2	2	2	3
68	3	2	2	1	2	2	2
69	2	1	2	1	1	1	1
70	3	3	3	3	3	3	3
71	3	3	3	2	3	3	3
72	1	2	1	1	2	2	2
73	3	2	3	3	2	1	1
74	3	3	3	3	3	3	3
75	2	2	2	1	2	2	2
76	2	2	3	2	2	2	3
77	3	3	3	3	3	3	3
78	2	2	3	2	2	3	2
79	3	2	1	1	1	2	2
80	1	2	2	3	3	1	1
81	3	1	2	1	2	1	1
82	3	2	2	3	2	1	1
83	3	3	3	3	3	3	2
84	2	2	2	2	3	1	1
85	2	3	2	2	3	3	3
86	3	3	3	2	3	3	3
87	2	2	2	2	2	2	2
88	3	3	3	3	3	3	3
89	3	3	3	2	3	3	3
90	3	3	3	3	3	3	3
91	3	3	3	3	3	3	3
92	3	3	3	2	3	3	3
93	2	2	2	2	1	2	2
94	2	2	2	2	2	2	2
95	2	2	2	2	2	2	2
96	2	2	2	2	2	2	2
97	2	2	2	2	2	2	2
98	3	3	3	3	3	3	3
99	2	2	2	2	2	2	2
100	1	2	1	1	2	2	2
101	3	3	3	3	3	3	3
102	2	2	2	2	2	2	2
103	2	2	2	2	2	1	2
104	2	2	2	2	2	2	2
105	2	2	2	2	2	2	2
106	3	3	3	3	3	3	3
107	2	2	2	2	2	2	2
108	3	3	3	3	3	3	3
109	3	2	2	2	2	2	2
110	3	2	1	2	3	3	2
111	2	2	1	3	3	2	3
112	2	2	2	3	3	2	1
113	1	2	1	2	2	2	2
114	2	2	2	1	2	3	3
115	2	1	1	1	1	1	1
116	2	2	2	2	2	2	2
117	2	2	2	2	2	2	2
118	2	2	2	2	2	2	2
119	3	2	2	2	2	2	2
120	3	2	2	2	2	2	2
121	2	2	2	2	2	2	2
122	3	3	3	3	3	3	3
123	3	3	3	3	3	2	3
124	3	3	3	3	3	3	3
125	3	3	3	3	3	3	3
126	3	3	3	3	3	3	3
127	3	3	3	3	3	3	3

128	3	2	1	3	2	3	2
129	3	2	3	3	3	1	1
130	2	3	2	2	3	3	2
131	3	3	3	3	3	3	3
132	3	3	3	3	3	3	3
133	3	2	1	2	3	3	3
134	3	2	1	2	1	3	3
135	2	2	2	2	2	2	2
136	2	2	2	2	2	2	2
137	2	2	2	2	2	2	2
138	2	2	2	2	2	2	2



Anexo 7: Oficio de autorización para realizar el estudio



“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD”

Trujillo, 20 de Setiembre del 2019

OFICIO MULT N° 122 -2019-GRLL-GGR/UTES 6 T.E. S.G. MRTM/C.S. ARANJUEZ

Sra.

LIC. DINA NERELLA CABELLO MIRANDA  
ALUMNA DE LA ESCUELA POST GRADO UCV

Ciudad.

**ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZAR INVESTIGACION Y  
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS**

De mi especial consideración:

Por medio del presente me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo, a la vez hacer de su conocimiento que vista la solicitud de autorización para realizar el estudio de y aplicación del instrumento de la Tesis **Calidad del cuidado estandarizado y satisfacción de los usuarios del centro de salud Aranjuez**. Se le otorga el permiso para realizar dicho estudio y aplicar los instrumentos correspondientes.

Segura de la atención que le dará a la presente, es propicio la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DAA/daa

**Anexo 8:** Matriz de consistencia interna del proyecto de investigación

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>Problema</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Método</b>	<b>Conclusiones</b>
¿Cuál es la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019?	La calidad de los cuidados estandarizados se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019.	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019.</p> <p>objetivos específicos:</p> <p>a) Identificar la calidad del cuidado estandarizado en usuarios del Centro de Salud Aranjuez.</p> <p>b) Identificar la satisfacción del usuario del centro de Salud Aranjuez</p> <p>c) Establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario del Centro de Salud Aranjuez.</p> <p>d) Establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.</p> <p>e) Establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.</p> <p>f) Establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez.</p> <p>g) Establecer la relación entre la calidad de los cuidados estandarizados y la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez</p>	<p>Tipo y diseño de investigación Descriptiva correlacional</p> <p>Población 3168 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años de los servicios del Centro de Salud Aranjuez, 2019</p> <p>Muestra. 138 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años del servicio del Centro de Salud Aranjuez, 2019.</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos Cuestionario de calidad de los cuidados estandarizados (Rondón y Salazar, 2010). Cuestionario Multidimensional Servqual de satisfacción del usuario (Parasunaman, Zeithaml Y Berry, 1988; MINSA, 2011)</p> <p>Amaláís de datos: Coeficiente de correlación de Spearman R puesto que los resultados no alcanzaron una distribución de normalidad a través de la prueba de kolmogorov –smirnov</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe relación significativa entre la calidad de los cuidados estandarizados y la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, 2019.</li> <li>2. Existe relación significativa entre la calidad de los cuidados estandarizados y la fiabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019.</li> <li>3. Existe relación significativa entre la calidad de los cuidados estandarizados y la responsabilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019</li> <li>4. Existe relación significativa entre la calidad de los cuidados estandarizados y la seguridad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019.</li> <li>5. Existe relación significativa entre la calidad de los cuidados estandarizados y la empatía inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019.</li> <li>6. Existe relación significativa entre la calidad de los cuidados estandarizados y la tangibilidad inherente a la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Aranjuez, durante setiembre a noviembre 2019</li> </ol>