



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE POSGRADO**

**PROGRAMA MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Dimensiones de la funcionalidad de capacidad resolutive y calidad de la atención desde la percepción del usuario. Centro de Salud Lucma.

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

**AUTORA:**

Br. Vitteri Eusebio, Carla Ivonne  
(<https://orcid.org/0000-0002-4359-369X>)

**ASESORA:**

Dra. Guzmán Ávalos Eliana Jackeline  
(<https://orcid.org/0000-0003-2833-5665>)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**TRUJILLO-PERÚ**

**2019**

## **Jurado de Tesis**

---

Dra. Miryam Griselda Lora Loza  
PRESIDENTE

---

Dra. Gladys Lola Lujan Johnson  
SECRETARIA

---

Dra. Eliana Jackeline Guzmán Avalos  
VOCAL

## DEDICATORIAS

***A Dios:***

*Por ser la luz que ilumina mi camino,  
aclara mis pensamientos y despeja mis  
dudas.*

***A mis Padres:***

*César e Ysabel, por su apoyo  
incondicional, porque todo lo que soy se  
lo debo a ellos.*

***A mis hijos, Daniella y Diego:***

*Por ser lo más grande en la vida, ellos son  
y serán el motor para siempre mantenerme  
de pie a pesar de las adversidades.*

Carla Ivonne Vitteri Eusebio

## **AGRADECIMIENTOS**

***A la Dra. Lora Loza Miryam Griselda***

*Por su apoyo y dedicación, en este proceso, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación logro que pueda realizar con éxito esta investigación.*

***A la Dra. Guzmán Avalos Eliana Jackeline***

*Por su asesoramiento e importante aporte en la participación activa en el desarrollo de ésta tesis, en especial por su disponibilidad y paciencia para la culminación de este trabajo.*

***Al Red de Salud Gran Chimú,***

*A través de la Dirección, por haberme facilitado la realización de ésta investigación, dándome todas las facilidades del caso, porque sin ello no hubiera podido realizar este estudio y alcanzar la meta trazada.*

**La Autora**

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Br. Vitteri Eusebio, Carla Ivonne, educando del programa de Maestría en Ciencias de la Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, identificada con DNI 18120339, presento la tesis titulada: "Dimensiones de la funcionalidad de capacidad resolutive y calidad de la atención desde la percepción del usuario. Centro de Salud Lucma", y declaro bajo juramento que:

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

De identificarse la falta por fraude (datos falsos), plagio (información sin citar 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, 09 de agosto 2019.



---

Br. Vitteri Eusebio, Carla Ivonne  
DNI 18120339

<b>ÍNDICE</b>		<b>Pág.</b>
PAGINA DEL JURADO		II
DEDICATORIAS		III
AGRADECIMIENTOS		IV
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD		V
INDICE		VI
RESUMEN		VII
ABSTRACT		VIII
I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	MÉTODO	25
	2.1 Tipo y diseño de Investigación	24
	2.2 Variables, operacionalización de variables	24
	2.3 Población Muestra y Muestreo	25
	2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	27
	2.5 Procedimientos	32
	2.6 Métodos de análisis de datos	33
	2.7 Aspectos éticos	33
III.	RESULTADOS	35
IV.	DISCUSIÓN	42
V.	CONCLUSIONES	52
VI.	RECOMENDACIONES	53
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
VIII.	ANEXOS	59

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre la funcionabilidad de la capacidad resolutiva con la calidad de la atención desde la percepción del usuario del Centro de Salud Lucma, se desarrolló una investigación descriptiva correlacional aplicándose el Cuestionario Multidimensional EMFU-CARE de OPS/Guzmán, 2009 y el Cuestionario PECASUSS, del Ministerio de Prestaciones Sociales de Colombia (2014). Ambos cuestionarios fueron adaptados y validados para el presente estudio alcanzando coeficientes Alfa de Cronbach mayores de 0,800, con correlaciones de moderadas a altas. La población en estudio fue 109 usuarios. En los resultados se encontró en un mayor porcentaje, usuarios que percibieron a la funcionalidad de la capacidad resolutiva del Centro de Salud Lucma como Regular (58,7%) y la calidad de la atención como Buena (74,3%); la accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutiva del Centro de Salud Lucma es mayoritariamente Buena (65,1%); la Comunicación Regular (72,5%); el Resultado Bueno (94,5%); las inequidades Buena (74,3%) y el trabajo en equipo como Bueno en un (60,6%). Las razones cruzadas de mayor peso se dieron entre la accesibilidad Buena, comunicación Regular, Resultado de la atención Bueno, inequidad Regular y el trabajo en equipo Bueno, con la Calidad de la Atención Buena (42,2%, 51,4%, 69,9%, 73,4% y 39,4% respectivamente). Se concluyó que existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la accesibilidad, la comunicación y el trabajo en equipo inherentes a la funcionalidad de la capacidad resolutiva, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.

Palabras clave: funcionabilidad, capacidad resolutiva y calidad de la atención

## ABSTRACT

In order to determine the relationship between the functionality of the resolutive capacity and the quality of care from the user's perception of the Lucma Health Center, a correlational descriptive research was developed applying the Multidimensional Questionnaire EMFU-CARE of OPS / Guzmán, 2009 and the PECASUSS Questionnaire, from the Ministry of Social Services of Colombia (2014). Both questionnaires were adapted and validated for the present study, reaching Cronbach's alpha coefficients greater than 0.800, with moderate to high correlations. The study population was 109 users. In the results we found a higher percentage of users who perceived the functionality of the resolving capacity of the Lucma health center as Regular (58.7%) and the quality of care as Good (74.3%); the inherent accessibility to the functionality of the resolutive capacity of the Lucma Health Center is Majority Good (65.1%); Regular Communication (72.5%); the Good Result (94.5%); Inequalities Good (74.3%) and teamwork as a Good in one (60.6%). The most important cross-reasons were between Good accessibility, Regular communication, Care outcome Good, Regular inequity and teamwork Good, with Quality of Good Attention (42.2%, 51.4%, 69.9%, 73.4% and 39.4% respectively). It was concluded that there is a significant relationship ( $p < 0.05$ ) between accessibility, communication and teamwork inherent to the functionality of the resolutive capacity, with the quality of care from the perception of the users of the Lucma Health Center.

Key words: functionality, resolutive capacity and quality of care

## I. INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones de atención médica más importantes a nivel latinoamericano y global es cómo cambian las percepciones de los usuarios sobre la relación entre la funcionalidad de las instalaciones de resolución y la calidad de la atención a nivel de las instalaciones de atención médica. Esta preocupación razonable se ha planteado en las últimas décadas, ya que existen diferencias entre lo que se espera alcanzar como objetivos para el Desarrollo del Milenio en la década actual y lo que realmente tenemos como indicadores de salud y / o de calidad de la atención (OMS / OPS, 2017).

En Europa y los Estados Unidos, así como en Japón, Rusia y China, la tecnología de ingeniería médica se ha convertido en un fenómeno médico social, revolucionando la forma en que se evalúa la resolución y la calidad de la atención médica. Estas herramientas han definido un nuevo espacio para los usuarios, cambiando el paradigma de la evaluación del trabajo en entornos de atención médica. La percepción del usuario se ha convertido en un elemento importante de evaluación, ofreciendo nuevos escenarios para el estudio métrico de la información. Este hecho ha llevado a la necesidad de un nuevo arquetipo de análisis del modelo tradicional de evaluación del trabajo de salud (OPS / OMS, 2017).

La naturaleza misma de las percepciones de los usuarios sobre la funcionalidad de la capacidad de resolución en los establecimientos de salud y la calidad de la atención en ellos ha beneficiado los fundamentos vertiginosos de las comunidades de aprendizaje, así como la identificación y difusión de las mejores prácticas profesionales en salud, entre otros. El 70% de los sistemas de trabajo en los centros de salud los hacen propios y señalan que les proporciona importantes beneficios para resolver o prevenir problemas. Sin embargo, los indicadores de la capacidad de resolución y la calidad de la atención no han cambiado significativamente en estos países, y mucho menos en los países en desarrollo que no asumen el uso de tecnologías médicas con la aceleración de los países desarrollados. Por lo tanto, se ha cuestionado el valor relativo de esta relación, pero no la percepción que el usuario tiene de ella (OMS, 2010).

En América Latina y el Caribe (ALC), el 90% de los proveedores de atención médica responden a sistemas fragmentados y segmentados cuyos modelos de atención son de una

atención altamente curativa y se centran en las actividades de atención clínica al paciente, solo se estima que la posibilidad de una atención de calidad es la que justifica el gasto económico, es decir, la calidad de la atención es justificada por sus obsoletos sistemas de trabajo. Como resultado, se han introducido nuevas formas de cambiar los indicadores de atención de los usuarios (OPS, 2009; OMS, 2015).

El contexto en el que ocurren estos problemas se centra en la forma en que los sistemas de salud deben hacer frente a los problemas de la atención de la salud con la pobreza social. La funcionalidad de la capacidad de resolución y la calidad de la atención se concibieron como desafíos derivados de la transición demográfica y los cambios en el perfil de salud epidemiológica derivados de las principales causas de muerte (cardiovascular, cáncer, trauma, etc.). Además, deben responder a situaciones tales como mayores expectativas y demandas de atención de calidad, la introducción de tecnología y procedimientos costosos y cambios profundos en los aspectos políticos y económicos que tienen un gran impacto en el sector, entre otros. Por estas razones, se percibe una persistente "crisis" en la relación entre la funcionalidad de la capacidad de atender a los establecimientos de salud y la calidad de la atención, que debe evaluarse de manera continua debido a la creciente demanda de la población y la oferta del Sector insuficiente (OPS / OMS, 2017).

Por lo tanto, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones regionales y los gobiernos, desde Alma Ata hasta el presente, para organizar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (ALC), basada en la cobertura universal de atención primaria de salud (APS), tendrán una mejora significativa en la funcionalidad de la capacidad de resolución en los centros de salud y la mejora de la calidad de atención, solo sobre aspectos embrionarios del trabajo en salud, lo que podrían mejorarse al evaluarlos desde la perspectiva del usuario (OMS, 2015).

Por otro lado, la OMS / OPS (2018), en respuesta al aparente fracaso de las Redes Integradas de Salud (RISS) en los sistemas de salud continentales, reconoce atributos que son relevantes para las percepciones de los usuarios basadas en el pensamiento en América Latina y el Caribe sobre la gestión de los indicadores de salud en los centros de salud y, en particular, sobre la calidad de la atención. Pero, lo hacen de forma coercitiva debido a la presión social, que es cada vez más visible en las redes sociales y en los grupos profesionales de interés político-social y académico.

Por sí solo, en nuestro país, la evaluación de la funcionalidad de la capacidad de resolución y la calidad de la atención en los centros de salud solo es posible desde una perspectiva sistémica, basada en el cumplimiento de los objetivos de la atención. Las actividades reales o lo que sucede en el trabajo diario se consideran eventos irrelevantes dentro de un conjunto de procesos de atención. La funcionalidad de la capacidad de resolución se considera, por ejemplo, como resultado de la atención y no como una forma de expresión de la cultura organizacional y la organización de gestión en instituciones de salud que transmiten valores y desarrollan liderazgo en el trabajo institucional. Obviamente, el objetivo es cubrir sus deficiencias laborales a través de las estructuras conceptuales de los componentes que evalúan a través de las percepciones de los usuarios sobre la funcionalidad de la capacidad de resolución y la calidad de la atención (MINSA, 2011).

Evaluar la funcionalidad de la capacidad de resolución en entornos de atención médica no lograda por los equipos básicos de atención médica implica dejar elementos importantes a la luz de las políticas actuales del país, tales como: eficiencia, entendida como la relación entre las entradas de vectores para la salud humana y la prestación de servicios con el uso adecuado de los recursos; apoyo logístico y financiero (cantidad, calidad, espacio y tiempo) y vector de producto (número de pacientes o servicios visitados, calidad de asesoramiento, acceso a oportunidades y tiempo para resolver total o parcialmente un problema de salud en particular); eficiencia, entendida como la relación entre los vectores de productos y los resultados de salud obtenidos por los usuarios (Giovanella, et al., 2015).

Es decir, la funcionalidad de la capacidad de resolución en entornos de atención médica se evalúa por la eficiencia que se cuantifica para cumplir con los objetivos de la atención, no por la relación de resultados con el valor de los recursos utilizados. La percepción del usuario tiene como objetivo exigir un equilibrio entre los efectos deseados y los efectos no deseados de la atención (Giovanella et al., 2015; MINSA, 2015).

Así, en el Centro de Salud Lucma en la provincia de Gran Chimú, esta realidad se ve exacerbada por el hecho de que se encuentra en el contexto del desarrollo social de la pobreza y la pobreza extrema. La percepción de qué el uso de un conjunto de equipos, infraestructura y organización de funciones de atención, puede distorsionarse o confundirse por la solución

percibida a los problemas de salud y / o los resultados de la gestión de la salud, va de acuerdo a las necesidades de los usuarios para resolver sus problemas de salud (MINSAb, 2011; MINSAc, 2011).

En esta percepción, se evalúa muy poco de la estructura y los procesos de atención aprobados para el primer y segundo nivel de atención. Muchos funcionarios justifican esta situación debido a las características socioeconómicas y culturales de la población beneficiaria y / o las altas expectativas con respecto a su atención médica. Atribuyen a esta población una gran ignorancia sobre los procesos de atención y, sobre todo, la funcionalidad de la capacidad de resolución de los centros de salud, no lo consideran un actor relevante para evaluarlo. En consecuencia, la relación entre la funcionalidad de la capacidad de resolución y la calidad de la atención merece ser estudiada en todos sus aspectos con el fin de mejorar la atención y la calidad de los servicios prestados en la instalación.

Entre los trabajos realizados hasta la fecha a nivel internacional en el área temática tenemos a Ávila (2016), quien en Colombia evalúa la frecuencia de la capacidad de resolución del IPS provincial en la calidad del servicio prestado en el Hospital Universitario de Santander. Percepciones de 155 usuarios: 51 servicios ambulatorios; 60 hospitalizaciones; Oncología 14; 7 de salas de maternidad y 23 de ambulancia. Aplican el cuestionario PECASUSS, un acrónimo de Perceptions of Quality to Healthcare Beneficiaries, afirmando que es 40% positivo; 27.1% neutral y 32.9% negativo; 35.5% proporciona protección de calidad como buena; 52.3% regular y 12.2% malo. Se concluyó que, desde la percepción del usuario, la capacidad de resolución se relacionó significativamente ( $p < 0.05$ ) con la calidad del servicio brindado en el Hospital Universitario de Santander, 2015.

Del mismo modo, Heredia et al. (2015), en Venezuela, evaluaron la capacidad de resolución en la atención materna en el municipio 'Juan Germán de Guárico', de los 66 centros de salud que formaron la red de salud pública del municipio de Juan Germán Roscio, estado de Guárico, en sus tres niveles: red de atención primaria de salud, red especializada y red hospitalaria. El instrumento utilizado fue el Certificado de Instituciones Médicas (SIS-CES 01), compuesto por 14 formas, 20 dimensiones y 249 elementos de observación directa, que revela que la Parroquia de San Juan de los Morros tiene la mayor capacidad para atender la atención materna con 68.96%. Se concluyó que existe una buena capacidad de resolución

dentro del componente de estructura con un nivel aceptable de atención para la madre. Las dimensiones con mayor poder fueron los recursos humanos y la infraestructura.

Por otro lado, Saturno, et. al. (2014), buscó un diagnóstico estratégico en México sobre la situación actual de calidad de la atención de primer nivel en los servicios estatales de salud en Cuernavaca, México. La encuesta incluye datos documentales y bibliográficos sobre calidad percibida y satisfacción a nivel nacional a través de protocolos de recolección de datos. Encuentran que el costo de las fallas de calidad representa del 20 al 40% del costo de los sistemas de salud; Se construyen y describen indicadores simples y complejos de satisfacción e índices de calidad. El análisis de estos constructos se completa con tablas de Pareto, correlación de indicadores y correlación con satisfacción a través de modelos multivariados, concluyendo que medir la satisfacción y la calidad percibida es un proceso complejo, pero necesario para alinearse con las regulaciones y establecer una estrategia para mejorar el proceso.

En esta línea de investigación encontramos a Laurenza, (2014), quien en Argentina se propuso analizar la calidad de la atención médica desde la perspectiva del paciente, ya que aplicó un cuestionario de calidad de atención a 655 usuarios para el período 2009. -2012. Encontró que el 44% de los centros en la esfera pública, el aspecto con el más alto nivel de calidad, es el tratamiento del personal. En el sector privado, los aspectos más importantes son la atención de enfermería en el 33% de los casos y el tratamiento del personal, en el 28%. Concluyó que los aspectos que con mayor frecuencia son los más importantes en la percepción de la calidad de la atención son aquellos asociados con el primer contacto del paciente.

Del mismo modo, Cañarejo & Pabón (2013) en Ecuador analiza la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería del Centro de Salud Sub San Pablo y su relación con el nivel de satisfacción del cliente, 2011-2012. Se encuestó a 343 usuarios después de la consulta. Se encontró que el 88% de los usuarios sintió que su personal de enfermería estaba prestando la atención y orientación adecuadas para sus dudas y el tratamiento a seguir, aunque el 57% dijo que recibió una atención excelente, y el 39% pensó que el 3% de los pacientes regulares y el 1% consideraron que mal Se concluyó que la calidad del servicio al

cliente no se basaba en la premisa de simplemente mejorar los productos o servicios. Pero por el tratamiento adecuado y el tiempo de espera.

El trabajo de Mendoza (2016) en Huancavelica se informó a nivel nacional, se propuso establecer una relación entre la capacidad de resolución de los servicios de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de Microred de Asunción, 2016. El estudio incluyó a 84 médicos, enfermeras y obstetras y otros. Utilizando la encuesta, se encontró que había una relación directa y significativa entre la capacidad de resolución y los sistemas de referencia y contrareferencia en los profesionales de la salud que trabajan en la sala de emergencias Microred de Asunción Huancavelica  $Rho: 0.472$   $p = 0.00$ .  $P < 0.05$

Asimismo, se ha sugerido que Chinchay (2014) en Rioja determine la relación entre la percepción de la calidad de la atención y el grado de satisfacción del usuario durante la estancia hospitalaria II-1. Aplicó la encuesta a 312 usuarios de servicios (medicina, cirugía, ginecología y obstetricia) del Hospital II-1 en Rioja. Los resultados muestran que la calidad de la atención en los servicios de hospitalización es buena para el 89,7% de los usuarios y el 85,3% está satisfecho con la atención recibida. En conclusión, la calidad de la atención y el grado de satisfacción del usuario son variables que están estadísticamente correlacionadas, ya que el valor de validez de la prueba es menor que  $p < 0.05$ .

En este mismo tipo de investigación, Espinoza (2014) sugirió identificar las percepciones de los usuarios sobre la calidad de la atención en el Hospital del Hospital San Juan de Lurigancho. Se examinaron 80 pacientes utilizando la encuesta SERVPERF. Se encontró que la percepción de la calidad de la atención en el momento del parto no fue satisfactoria (88.75%), lo que concluyó que la percepción de la calidad de la atención fue insatisfactoria, pero la respuesta moderada, rápida y el nivel de seguridad satisfactorio. moderado, el nivel de la dimensión humana de la calidad fue la insatisfacción moderada, y el nivel ecológico de la calidad fue la insatisfacción leve.

Merino y Reyes (2014), por otro lado, entraron en el análisis de un modelo para evaluar la calidad del servicio prestado a un usuario que recibe tratamiento en una clínica de salud en Perú. Las explicaciones a su nivel antes del experimento mostraron que los retrasos en la atención, la calidad del servicio del personal y la calidad de la infraestructura tuvieron un

impacto significativo en el grado de satisfacción con el servicio de asesoramiento externo. Este estudio mostró que las relaciones interpersonales, principalmente el tratamiento, la calidad del personal médico, no médico y administrativo son factores que determinan su satisfacción en mayor medida.

Finalmente, un estudio de Pari (2017), en Tacna, evalúa la calidad percibida de la atención prenatal por un usuario externo en un puesto de salud de Viñani de Tacna. Se encuestaron 190 usuarios que encontraron que el 66.8% estaba satisfecho; El 56.4% piensa que hay un retraso en el tiempo de espera; El 94.7% cree que la información recibida es buena; 88.4% que la información de planificación familiar es buena; 95.3% que la dieta fue buena durante el embarazo; 68.4% que el trato recibido es bueno; 86.3% que la privacidad es buena; 62.6% de lo buena que fue la limpieza de la oficina; 46.3% que la limpieza del baño era regular; 52.6% que el servicio de farmacia fue bueno; 72.6% que la atención brindada por el personal del laboratorio fue buena.

Todos estos estudios muestran una gran diversidad en el manejo teórico del área temática, por lo que cuando lo estudiamos, encontramos que las percepciones de los usuarios sobre la funcionalidad de la capacidad resoluble en los servicios de salud se relacionan con una combinación de factores como la accesibilidad, la comunicación, los resultados de la atención, las desigualdades y la metodología de trabajo en equipo que hacen operativa capacidad para hacerlo efectivo en la gestión de los servicios de salud prestados 24/7. Esta combinación de factores contradice el marco regulatorio y las políticas públicas que indican pautas y funciones que deben cumplirse (Figuerola, 2015).

En otras palabras, la percepción de la funcionalidad de la capacidad resolutoria está vinculada a resolver el problema de salud que lo afecta, en su interior implica una preocupación natural por su salud de una manera que lo pone en evidencia desde su perspectiva sobre la calidad de la vida presente y futura. La evaluación de esta percepción debe tener en cuenta la atención recibida como un factor determinante en el éxito de su tratamiento y su apego a la institución que se preocupa por su salud. Por lo tanto, tiene implicaciones personales para el buen funcionamiento del sistema, la salud y la imagen asociada ante la opinión pública (Laurenza, 2014).

De esta manera, la funcionalidad de la capacidad de resolución se ve como resultado de la atención, desde el momento en que se entiende como un cambio en la salud atribuible a la atención médica previa. Sin embargo, la estructura de los sistemas de salud pública hace que sea difícil considerar la importancia de las percepciones de los usuarios sobre la funcionalidad de la capacidad resoluble de los servicios que se atienden. Su jerarquía en la complejidad del servicio al cliente no cumple con los requisitos del cliente, dada la incapacidad de las instituciones de salud para abordar todos los problemas de salud y dada la alta complejidad de la demanda en todos los niveles de atención, la percepción del cliente es parte del proceso de gestión y administración en los sistemas de las instituciones de salud (OPS / OMS, 2017).

Pero lo que se requiere de esa percepción es una idea clara de cómo funcionan los servicios en línea con el papel que debe cumplirse en la atención de salud de la población. Por lo tanto, asume procesos de observación y evaluación, por ejemplo, en las instalaciones a las que el cliente debe acceder a los servicios, para cambiar de manera fluida de un nivel de atención a otro de acuerdo con las necesidades del servicio y la capacidad distintiva del servicio o la institución en la que se sirve. De esta forma, la funcionalidad de la capacidad de resolución se percibe como un atributo de la red de salud a nivel de las instituciones de salud que la integran y sobre la cual se establecen las relaciones entre la oferta y la demanda con respecto a la provisión de servicios de salud (MINSA, 2011; 2013).

Sin embargo, las percepciones de los usuarios sobre la calidad de la atención cubren todos los niveles de complejidad de la red, de modo que la funcionalidad de la capacidad resoluble y la calidad de la atención en los servicios es la respuesta del usuario al sistema de salud en el que busca el servicio. Por lo tanto, las percepciones de la funcionalidad de la capacidad de abordar en un centro de salud o en su red tienen varias dimensiones para evaluar, como la accesibilidad, la comunicación y los resultados de la atención (MINSA, 2011b).

La accesibilidad está involucrada en la percepción de la funcionalidad de la capacidad resoluble de los servicios de salud como un concepto geográfico relacionado con la ubicación y cómo llegar a las instituciones. Pero es en sí mismo un concepto socio-institucional que conlleva el concepto de aceptación o rechazo, entendiendo esto último no solo como falta de atención cuando se solicita, sino como un retraso o presencia de

dificultades para que el usuario tenga acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno. En este sentido, la percepción del usuario de la funcionalidad de la capacidad de resolución se entiende con largos tiempos de espera, ya que los usuarios suelen esperar más de una hora antes de ser atendidos, lo que provoca insatisfacción, y la percepción es que la capacidad de resolución del servicio en los servicios es insuficiente o inhumana (Ávila, 2016)

Las comunicaciones que se incluyen como una dimensión dentro de la funcionalidad percibida de la capacidad resolutoria de los servicios de salud como resultado del uso o no de canales formales para coordinar la acción a través de diferentes niveles de atención. Es decir, son formas percibidas como escasas e ineficientes o no. En parte, la mala comunicación de las percepciones de los usuarios puede considerarse como consecuencia de la escasez de recursos a pesar de la gran demanda de asistencia, lo que impediría la dedicación de tiempo a las actividades de coordinación. La segunda parte se atribuye a la falta de una cultura de comunicación entre los niveles de las redes de salud en beneficio de los usuarios, lo que puede deberse a la sensación de que no pertenecen al mismo sistema de salud (dependencia técnica y administrativa dual) (Badía y Del Llano, 2000).

Los Resultados de la atención se incluyen como una dimensión dentro de la funcionalidad de la capacidad de resolución de los servicios de atención médica porque todos los resultados de salud del paciente son limitados, reducidos y empobrecidos cuando no cumplen con los requisitos de atención o no superan las expectativas que tenían cuando solicitaron el servicio. Los resultados de la atención en la funcionalidad de la capacidad de resolución, están marcados por un énfasis en la ayuda y la recuperación, lo que explica en parte la lógica con la que se observa la función del sistema de salud. Esto hace que la contabilidad o las finanzas se perciban como una debilidad obvia de los sistemas de salud. La orientación de la funcionalidad percibida de la capacidad de toma de decisiones cuando se enfoca en la contabilidad de actividades se transforma en referencias débiles a la productividad y la calidad en la prestación de servicios (Figuerola, 2015).

Otra dimensión para la resolución de la funcionalidad de la capacidad de resolución son las desigualdades. Existen desigualdades en la atención (raza, género, estatus social, edad, tipo de enfermedad que representa, etc.), esto se transforma en referencias directas a los determinantes sociales que impiden los procesos de salud, generan sanciones y procesos de

transculturación basados en la educación y el ajuste del personal de servicio. para servir a la población de usuarios. Las percepciones de los usuarios de este campo se producen en un contexto psicosocial en el que se observan los procesos de atención, por lo que medirlos tiene sentido como un aspecto de la funcionalidad real de la capacidad de servicio resoluble (OPS / OMS, 2017).

La metodología del trabajo en equipo es otra dimensión de la funcionalidad percibida de la capacidad resolutoria de los servicios de atención médica, cuyo objetivo es medir la importancia de organizar y planificar la prestación de atención médica. Estos aspectos se perciben como muy importantes para la funcionalidad de las capacidades de toma de decisiones de salud, ya que los usuarios siempre tienen el privilegio de tener la calidad y la eficiencia de los recursos humanos debido a la forma en que se organizan en el trabajo para resolver sus problemas de salud o satisfacer sus necesidades durante la atención (OMS, 2014).

Por otro lado, cuando hablamos de la percepción de la calidad de la prestación de servicios de salud, no estamos hablando de la percepción del concepto abstracto de calidad porque responde a una cierta evaluación de quién atribuye ciertas características y / o estándares para lograr de acuerdo con la propia visión y objetivos de calidad. "Nada es verdad, nada es una mentira, todo depende del cristal con el que se mire" (OMS, 2016).

Desde el punto de vista de la calidad como concepto abstracto, según Donabedian, en 1986, no veía la percepción del usuario ni siquiera como una dimensión para su evaluación, ni consideraba su satisfacción. Esto era comprensible porque el concepto de calidad se refería al análisis de la funcionalidad de estructuras, procesos y resultados desde un punto de vista técnico profesional (biomédico). Las percepciones y la satisfacción de los beneficiarios con respecto a la calidad de la atención se descartaron porque se consideraban elementos subjetivos que podían acomodar las mediciones de calidad de la atención médica.

Sin embargo, poco a poco, estos métodos se eligen para medir la calidad de la atención como biomédica y administrativa sin una característica del humanismo, y teniendo en cuenta las percepciones y la satisfacción de los usuarios con los servicios que reciben como elementos irrelevantes para mejorar la calidad de los servicios de salud. Parasunaman, Berry y Zaithaml

(1985) se han separado de esta perspectiva biomédica, señalando o enfatizando la importancia de las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud y, sobre todo, su satisfacción con la calidad de los servicios como tales. Por lo tanto, se les coloca en una perspectiva más humana de la atención médica y ubican a los usuarios como la primera característica propuesta para medir la satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención médica a través del modelo Servqual. Esta propuesta, como resultado de medir la satisfacción declarada, es la diferencia entre la percepción y las expectativas del PE, en ningún momento sugiere que esta medida puede ser una medida de la calidad de la atención y si la medición de la satisfacción del cliente es correcta, que son dos cosas conceptuales y empíricas muy diferentes. (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

Pero la percepción de la calidad de la atención como un concepto descriptivo sigue una estructura de imagen basada en la evaluación de aspectos técnicos y funciones en la prestación de atención médica. Esta imagen puede ser una dimensión general con un impacto en las expectativas de calidad del servicio percibidas, así como en los aspectos técnicos y funcionales de la calidad del servicio. En ambos casos, estas estructuras de imágenes se pueden ver en los diferentes planos o roles en los que actúan los profesionales de la salud (Saturno et al., 2014).

De acuerdo con esta forma de entender la percepción de satisfacción con la calidad del servicio, el comportamiento de los usuarios en o con una institución de salud adquiere una naturaleza general y / o multidimensional, de acuerdo con la relevancia de sus atributos, desempeñando un papel relevante entre las expectativas y la experiencia de recibir servicios al decidir sobre estructuras de imagen que se transforman en percepciones sobre la calidad de la atención basada en el valor que tiene para el usuario. Por esta razón, dos aspectos difieren en la evaluación de la calidad: expectativas y percepciones (Figuroa, 2015).

Para Maynes, 1976, la calidad del servicio es una medida escalar medible en un solo número o en un sentido multidimensional. En cualquier caso, estas son dimensiones que se transformarían en reactivos que contribuirían a definir la estructura de una imagen de calidad en las percepciones de los usuarios. Cronin y Taylor (1992; 1994) también cuestionan la estructura multidimensional de la calidad de imagen, defendiendo la existencia de una dimensión como Brown, Churchill y Peter (1993), que indican que las calificaciones de los

modelos de evaluación de Servqual son muy altas y pocas. Discriminatorio entre los elementos. Este modelo traduce poca información y presenta elementos redundantes.

A su vez, Gil y Molla, 1994, exponen la limitación de Servqual en los campos psicométricos y metodológicos, se refieren a aspectos relacionados con la validez de su estructura y los criterios de validez de contenido y la confiabilidad de su contenido. Señalan que no parecen tener argumentos críticos, por lo que tendrían que hacerse ajustes y cambios, perdiendo en el mejor de los casos la capacidad de medir. Por lo tanto, países como el nuestro han reconocido la necesidad de no adaptarlo, no para medir la calidad del servicio, sino para medir la satisfacción de un cliente externo con la calidad del servicio, justificando sus ajustes en términos de restar las percepciones de la calidad de los usuarios de sus servicios. expectativas propias (Balabanova, 2013).

Asimismo, tanto los paradigmas de percepción de percepción de calidad del servicio, Servqual de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1986), y Seawright K & Young S Zeithaml, a nivel general (1986) y, el modelo de medición del General de Cronin y Taylor (1992), representan una gran contribución a la investigación sobre la percepción de la calidad del servicio. Posteriormente, se integran los conceptos de satisfacción del cliente y el valor de los servicios, así como las intenciones de buscar servicios posteriores.

Este estudio adopta esta última visión: el usuario reconoce un servicio de calidad cuando reconoce las diferencias con los bienes físicos, la forma en que se producen, reciben y valoran. Estas diferencias son la base para la percepción de inmaterialidad, heterogeneidad e inseparabilidad de las estructuras que producen imágenes de calidad (Cronin y Taylor, 1994).

Intangible significa que los servicios son beneficios y experiencias en lugar de objetos; Por lo tanto, es difícil determinar las especificaciones previas para su producción que permitan la estandarización de los criterios de calidad. Al contrario de lo que sucede en otros sectores, estos criterios de calidad no pueden verificarse y su calidad está garantizada antes de que se brinde el servicio (Balabanova, 2013).

La calidad de la atención que recibe el cliente desde este último punto de vista es diferente debido a la variación en la interacción que el personal establece con los usuarios, ya que poco se puede estandarizar como criterio dentro de estándares rígidos como en una instalación de producción industrial. Esto también incluiría el carácter de inseparabilidad, ya que indica que no hay mucha diferencia entre los requisitos de producción y servicio, ya que esto ocurre en el mismo proceso de interacción entre el paciente o el usuario de atención médica (Cronin y Tylor, 1994).

En el sector de la salud, estas posiciones han abierto la puerta para medir la calidad de las percepciones del cliente de una manera diferente de la satisfacción del cliente con la calidad del servicio. Se han asumido varios criterios sobre la calidad de la atención brindada como determinante crítico de la intención conductual tanto de los proveedores como de los usuarios. Estos determinantes críticos sugieren que la calidad del servicio influye en el comportamiento del cliente y afecta la capacidad de las instituciones para gestionar procesos internos en busca de una mejor calidad del servicio (MPS, 2012; 2013; Vargas, Vallecillos y Hernández, 2013).

En resumen, los esfuerzos teóricos y de investigación en esta área a menudo son conflictivos y van más allá de las políticas y estrategias de atención médica a nivel internacional. En países como el nuestro, medición multidimensional, los modelos Servqual producen resultados de satisfacción del cliente, mientras que países como Colombia, Brasil, Paraguay, Chile y Argentina son más importantes para obtener una medición general de la calidad del servicio (MPS, 2012, 2013).

Este estudio sigue el modelo PECASUSS para medir las percepciones de la calidad del servicio, propuesto principalmente por el Ministerio de Beneficios Sociales de Colombia 2010. Este modelo no tiene dimensiones genéricas o específicas, pero tiene subdominios específicos como: accesibilidad, eficiencia, capacidad, continuidad, adherencia y otros. tales como el tratamiento del personal administrativo y de apoyo, las características estéticas y funcionales de la institución, la limpieza y el estado de las instalaciones. No tiene dimensiones, solo está estructurado para hacer una medición general del nivel de percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud. En este modelo, las percepciones de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud se definen como el esfuerzo máximo

para satisfacer las necesidades de los usuarios, y su objetivo final es la satisfacción del cliente (Vargas, Vallecillos y Hernández, 2013; MPS, 2012, 2013).

El Ministerio de Prestaciones Sociales de Colombia desde el 2010 al 2014 realizó estudios empíricos de validación y confiabilidad del modelo PECASUSS demostrando su utilidad práctica ya en términos oficiales desde 2014 a la fecha. Este camino ha seguido países como Brasil, Chile Argentina y Uruguay demostrando su capacidad de adaptación y validez y confiabilidad para medir la calidad del servicio percibido por usuarios. PECASUSS se ha convertido a la fecha en el instrumento más importante en América Latina debido a la influencia de sus resultados en la definición de los procesos de cambios en el sistema de prestación de servicios de salud (MPS, 2012, 2013).

Esta descripción de la realidad y exposición sobre el estado del arte del área temática nos permitieron formular el problema de investigación siguiente: ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad de la capacidad resolutive y la calidad de la atención desde la percepción del usuario en el Centro de Salud Lucma, de mayo a junio de 2019?

Esta investigación se justifica en la medida que esta interrogante investigativa se sostiene en torno a cómo ser más eficientes en la atención de la salud dándole un rostro más humano. En términos prácticos los resultados tendrán repercusiones sobre cómo medir la percepción del usuario sobre la funcionalidad de la capacidad resolutive y la calidad de la atención recibida para establecer mejores criterios valorativos en la prestación de servicios de salud pública en nuestro país. De ahí su relevancia social.

En términos médicos sociales, el estudio permitirá evaluar la forma en que la funcionalidad de la capacidad resolutive de los servicios está determinada o condicionada por la saturación de los servicios (alta demanda no derivada), el incumplimiento de los procesos regulados, el cambio de los procesos de atención. Desde el punto de vista teórico el estudio planteará la necesidad de mejorar la funcionalidad de la capacidad operativa de los establecimientos mediante el cambio de los procesos de medición de la percepción del usuario sobre la funcionalidad de la capacidad resolutive y la calidad de la atención de los servicios.

Es decir, partimos de la premisa de que la percepción del usuario es una herramienta fundamental para evaluar los procesos de atención de la salud y, especialmente, la calidad de la atención. Adicionalmente, este estudio permitirá el desarrollo de nuevas investigaciones de mayor alcance médico académico y social.

La investigación se orientó por el siguiente Objetivo General: Determinar la relación entre la funcionalidad de la capacidad resolutoria con la calidad de la atención desde la percepción del usuario asistido en el Centro de salud de Lucma, mayo-junio de 2019 y se plantearon como Objetivos Específicos: a) Identificar la Funcionalidad de la capacidad resolutoria desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma; b) Identificar la Calidad de atención desde la percepción del usuario del Centro de Salud Lucma; c) Establecer la relación entre la accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma; d) Establecer la relación entre la comunicación inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma; e) Establecer la relación entre los resultados de la atención inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma; f) Establecer la relación entre las inequidades inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma y; g) Establecer la relación entre el trabajo en equipo inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.

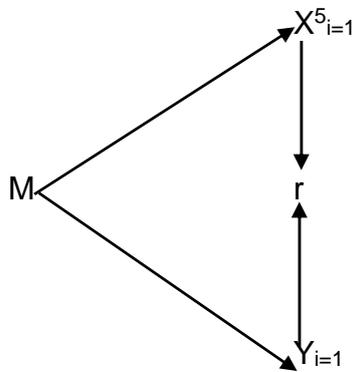
Así mismo se planteó como Hipótesis General: Existe una relación significativa entre la funcionalidad de la capacidad resolutoria y la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud de Lucma, mayo-junio de 2019. Y se proyectaron como Hipótesis Específicas, H1: Existe una relación significativa entre la accesibilidad, como una dimensión de la funcionalidad de la capacidad de resolución con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, H2: Existe una relación significativa entre la comunicación, como una dimensión de la funcionalidad de la capacidad de resolución con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud de Lucma, H3: Existe una relación significativa entre los resultados de la atención, como una dimensión de la funcionalidad de la capacidad de resolución con la calidad de la

atención de la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, H4: Existe una relación significativa entre la inequidad, como una dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma y como H5: Existe una relación significativa entre la metodología del trabajo en equipo, como una dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.

## II. MÉTODO

### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Descriptivo - correlacional. Este diseño permite describir variables con referencias cruzadas, a través de porcentajes simples y ponderados, para determinar las correlaciones entre ellas. En este diseño, no se 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 puede graficar:



Donde:

M: Representa a la muestra de la población en estudio

$X_{i=1}^5$ : Representa la variable: Funcionalidad de la Capacidad Resolutiva y sus cinco dimensiones: Accesibilidad, comunicación, resultados de la atención, inequidad con reto a vencer y, metodología de trabajo en equipo.

$Y_{i=1}$ : Representa a la medición general de la variable Calidad de la atención.

r: Representa la correlación entre las variables

## 2.2 Variables, operacionalización de variables

### 2.2.1 Variables

V<sub>1</sub> Funcionalidad de la capacidad resolutive

V<sub>2</sub> Calidad de la atención

### 2.2.2 Operacionalización de variables

En la investigación se consideró como variables a la funcionalidad de la capacidad resolutive y calidad de atención, las cuales se definieron conceptualmente, operacional, dimensiones, indicadores y escala de medición. (Anexo 3)

## 2.3 Población, Muestra y Muestreo.

### 2.3.1 Población.

La población de estudio lo constituyeron los 520 (Promedio trimestral) usuarios de los servicios del Centro de Salud Lucma, 2019.

### 2.3.2 Muestra.

Lo constituyeron 109 usuarios de los servicios del Centro de Salud Lucma, 2019. Para determinar la proporción muestral se hizo uso de la fórmula siguiente.

$$n' = \frac{NZ^2 * p (1-p)}{(N-1) E^2 + Z^2 * p (1-p)}$$

E = Error esperado: 0.05 (5%)

p = Confianza: 90%

Z = 1.96 con nivel de significancia estadística < 5%

N = Población: 520

$$n' = \frac{520(3.8416) * 0.9 (1-0.9)}{(520-1)(0,0025) + (3.8416) * 0.9 (1-0.9)}$$

$$n' = \frac{179,78688}{1,2975 + 0,345744}$$

$$n' = \frac{179,78688}{1,643244} = 109,4097285613092$$

$$n' = 109$$

### 2.3.3 Muestreo.

Se practicó un muestro probabilístico aleatorio simple para población conocida.

### 2.3.4 Criterios de inclusión.

- Ser usuario atendido en más de dos oportunidades en los servicios de salud del Centro de Salud Lucma
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio.
- Ser mayor de edad

### 2.3.5 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.

### 2.3.6 Unidad de análisis.

Usuarios de los servicios del Centro de Salud Lucma, mayo – junio 2019.

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

### **2.4.1 Técnica:**

Aplicación de Encuesta con abordaje persona a persona.

### **2.4.2 Instrumento:**

- Escala Multidimensional EMFU-CARE, extraído de OPS/Guzmán, (2009), en general consta de cinco dimensiones: Accesibilidad (con 5 ítems), comunicación (con 5 ítems), resultados de la atención (con 4 ítems), Inequidad con reto a vencer (con 5 ítems) y metodología de trabajo en el equipo (con 4 ítems).

Esta escala fue desarrollada por la OPS/Guzmán (2009), bajo los auspicios de la Fundación Bill & Melissa Gates y la Escuela de Salud Pública Mailman para implementar un programa global para prevenir las muertes maternas.

- Cuestionario para la percepción de la calidad de la atención de PECASUSS, extraído del Ministerio de Prestaciones Sociales de Colombia (2014). El instrumento consta de 29 reactivos, 3 de los cuales corresponden a datos generales de IPS, 7 corresponden a datos del usuario (excluyendo nombre e identificación) y los 19 restantes corresponden al cuerpo de la encuesta, con las dos últimas preguntas abiertas. Para el presente estudio, solo se tomaron los reactivos estructurados que son 17.

El cuerpo del instrumento se agrupa en una serie de subdominios específicos: accesibilidad, efectividad, oportunidad, continuidad, adhesión y otros como tratamiento del personal administrativo y de asistencia, características estéticas y funcionales de la institución, limpieza y estado de las instalaciones.

Cada reactivo ofrece 5 opciones de respuestas cerradas y son:

- El procedimiento a ser atendido(a): corresponde a la percepción que el usuario tuvo sobre las dificultades presentadas para acceder al servicio el día en que ingresó para emergencias u otro servicio. Por ejemplo: requerimiento de documentos que generalmente no son requeridos; que como usuario no aparece en el libro de citas o que no aparece en la base de datos u otras dificultades similares.
- Si se paga para ser servido: para identificar si el demandado tuvo que hacer un pago para obtener el servicio requerido; Si es así, se refiere a la percepción del usuario de la cantidad que canceló para acceder al servicio en la institución.
- Con respecto al tiempo de espera desde que llegó hasta que se atendió: Especifica el tiempo en minutos que el usuario debe esperar entre su llegada a la institución para el servicio que requiere hasta el momento en que recibe atención.
- El tiempo que tenías que esperar, parecía. Es la percepción cualitativa que tiene el usuario de la magnitud de la espera previamente reportada en minutos.
- La solución dada a su necesidad de salud que él consultó le parecía: la percepción del usuario de la solución dada al problema de salud que motivó su llegada a la institución.
- Las respuestas del personal de la Institución a sus inquietudes o preguntas le parecieron: Corresponde a la apreciación del usuario de la (s) respuesta (s) recibida (s) a las inquietudes que tenía sobre su situación, su enfermedad, los exámenes o los procedimientos a realizar. Fuera, diligencias.

- La limpieza de la institución, parecía: es la apreciación que el usuario tiene acerca de la limpieza o limpieza de las instalaciones de la institución.
- La planta física del hospital, parecía: Percepción de que el usuario tiene el estado físico y visible de las instalaciones de la institución.
- Las salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vieron o usaron, parecían: Corresponden a la percepción que el usuario tiene de la dotación de la institución en términos de comodidad de camas, camillas, muebles, sillas. Y equipamiento en salas, despachos y salas de espera o circulación.
- El tratamiento recibido del personal de atención médica: evaluación que recibe el usuario sobre el tratamiento recibido del personal responsable de la atención (médicos, enfermeras, auxiliares, bacteriólogos) el día o los días, si corresponde., permaneció hospitalizado.
- El tratamiento recibido por el personal administrativo: Corresponde a la evaluación que muestra el usuario acerca de la forma en que el personal administrativo o auxiliar de la institución los trató (porteros, secretarios, cajeros, asistentes, entre otros).
- Cooperación entre los funcionarios del hospital: identifica cómo el usuario percibe la coordinación entre las personas del mismo hospital para resolver sus necesidades.
- La capacidad de los profesionales: identifica cómo percibió el usuario la capacidad de los profesionales médicos y enfermeras, entre otros, para resolver el problema que motivó su demanda de atención médica.
- La orientación recibida para la atención médica domiciliaria: corresponde a la percepción que el usuario tiene sobre la idoneidad

de las indicaciones recibidas, además de las acciones médicas o de enfermería específicas, para continuar con el manejo de la relación de atención en su hogar.

- Evaluación de la calidad del servicio recibido, de cero a cinco, muy malo y cinco excelente. Corresponde a la calificación numérica que el usuario otorga a la atención recibida.
- Satisfacción del usuario por la atención recibida: Corresponde al grado de satisfacción general del usuario con el servicio recibido hasta el momento de la encuesta.
- Regreso al hospital: corresponde a la decisión que tomaría el usuario al solicitar una nueva atención para resolver un problema relacionado con su salud o la de un familiar cercano.

### 2.4.3 Validez Y Confiabilidad

Instrumentos ya han sido validados cuya ficha técnica se expone en las tablas a continuación

**Tabla 1: Ficha Técnica de validación de la Escala Multidimensional EMFU-CARE de OPS/Guzmán**

Nombre	Escala Multidimensional EMFU-CARE
Autor	OPS/ Guzman A
Año	2009
Aplicación	Establecimientos de salud del Cusco, Puno, Piura, Cajamarca, La Libertad y Andahuaylas.
Bases teóricas	Teoría relacionada con El marco lógico causal de los tres retrasos de Thaddeus y Maine
Versión	Primera.
Sujetos de aplicación	Mujeres, (gestantes en situación de parto o no y púerperas inmediatas) usuarias de establecimientos de salud públicos de Cusco, Puno, Piura, Cajamarca, La Libertad y Andahuaylas.
Tipo de administración	Individual y colectiva
Duración	10 minutos
Normas de puntuación	General con 23 ítems para medir la Funcionalidad de la capacidad resolutoria en general y específica por dimensiones: percepción de la accesibilidad en la atención (5 ítems con puntaje de 1 al 4), percepción de las comunicaciones (5 ítems con puntuación de 1 al 3), los resultados de la atención (4 ítems con puntuación de 1 al 3), percepción de las inequidades (5 ítems con puntuación de 1 al 3) y, la metodología del trabajo en equipo (4 ítems con puntuación de 1 al 3)
Campo de aplicación	Administración de localidad del servicio en entidades públicas y privadas

Validez	<p>El marco lógico del instrumento se basó en la teoría de las causas de cuatro retrasos en la funcionalidad de la capacidad resolutive sostenida por Thaddeus y Maine: demora en reconocer el problema y la decisión de buscar ayuda, demora en ir a la instalación de salud y demora en recibir tratamiento en el establecimiento de salud. Este último retraso depende de que el servicio tenga la infraestructura, el equipo, los suministros y los recursos humanos adecuados para resolver su emergencia, lo que se conoce como capacidad de resolución.</p> <p>También tomo como base los criterios de la llamada Atención de Obstetricia de Emergencia (EMO) de la OMS, 2005, que proporcionó evidencia que señalaba lo que marca la diferencia en la reducción de la mortalidad materna. Las emergencias y las complicaciones no suelen ser predecibles sino tratables. Es por eso que tener un establecimiento de salud que sea accesible dentro de un área geográfica específica y que tenga los medios para resolver emergencias obstétricas permitirá una reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.</p> <p>Además, para su uso en el presente estudio sufrieron cambios en la redacción, por lo que fue necesario validarlos mediante un ensayo de 6 expertos en el formato Aiken. También se sometieron a un estudio piloto para su validación como constructo y para determinar su confiabilidad.</p>
Confiabilidad	<p>Confiabilidad de la escala de calidad de servicio mediante el Alfa de Cronbach para la puntuación general 0.888 de nivel aceptable.  Alfa de Cronbach para accesibilidad 0.822 de nivel aceptable.  Alfa de Cronbach para comunicación 0.878 de nivel aceptable.  Alfa de Cronbach para Resultados de la atención 0.743 de nivel aceptable.  Alfa de Cronbach para Inequidades 0.746 de nivel aceptable.  Alfa de Cronbach para Metodología de trabajo en equipo 0.796 de nivel aceptable.</p>
Categorización de la medición general y rangos	<p>Mala (23-38 pts.)  Regulares (39-52)  Buenas (53-69)</p>

**Tabla 2: Ficha Técnica de validación del Cuestionario Multidimensional PECASUSS del MPS, 2014/Colombia.**

Título	Validación y confiabilidad de PECASUSS
Autores	Ministerio de Prestaciones Social de Colombia 2014
Contexto y población	Fue validado en el 2014 mediante la selección sistemática en 48 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicos (IPS's) distribuidas a nivel nacional, de los cuales 3 corresponden al nivel III, 11 al nivel II y 34 al nivel de atención I, con una muestra de 4021 usuarios encuestados.
Validación	<p>Validación de contenido</p> <p>El PECASUSS como instrumento para evaluar la percepción de calidad fue validado en Colombia con la participación del Ministerio de Protecciones Sociales, la Escuela Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" de la Universidad de Antioquia, en el marco de un programa para el Reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en Colombia. Para su concepción, se revisaron los conceptos de calidad de atención médica</p>

	<p>de Donabedian (1966, 1981, 2001), Frenk (2001) y, especialmente, Petracci (2005) sobre la calidad percibida. Estas posturas teóricas se contrastaron con la propuesta de Servasal de Parasunama, Beery y Zeithami (1991), que concluyó en la necesidad de elaborar una propuesta basada en el marco histórico propuesto por Álvares (2004) que identificó diferentes etapas en la evolución de la calidad como concepto y construcción aplicada a la prestación de servicios de salud. Una vez analizada la teoría y la filosofía existentes, se pone a prueba su validación y confiabilidad, obteniendo 17 reactivos directos y dos como preguntas abiertas que median perfectamente la calidad de la atención de la percepción de los usuarios.</p> <p>Además, para su uso en el presente estudio se sometieron a cambios en la redacción por lo que fue necesario su validación por Juicio de 6 Expertos bajo el formato Aiken. También se sometieron a estudio piloto para su validación como constructo y determinar su confiabilidad.</p>
Confiabilidad	<p>Confiabilidad del PECASUSS. Se obtuvo a través del análisis de fiabilidad:</p> <p>La confiabilidad de PECASUSS a nivel general presentó un coeficiente alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de, 987; los promedios oscilaron entre 3.55 y 3.75 en una puntuación de 1 a 4; el promedio general de los elementos fue de 3,656 con una varianza, 003; ninguno de los coeficientes alfa de Cronbach si el elemento se suprime, excede el valor de referencia general y las correlaciones totales de los elementos son mayores que, 781 (alta correlación); el coeficiente de correlación entre clases con respecto a los promedios medios es de 987, con un intervalo de confianza del 95% que oscila entre 977 y, 994 con variabilidad F de 76,056 con alta significación estadística <math>p = , 000</math> (<math>p &lt; 0,001</math>)</p>

## 2.5 Procedimientos:

- Una vez aprobado el proyecto de investigación se procedió a solicitar la autorización correspondiente a la Jefa del establecimiento de salud.
- Obtenidas las autorizaciones correspondientes, se coordinó con el personal para explicar a los usuarios sobre los objetivos y fines del estudio solicitándoles su participación voluntaria en él.

- Los usuarios que participaron voluntariamente en el estudio se les instruyó en la forma como responder con responsabilidad y en forma efectiva en un tiempo no mayor a 30 minutos.
- Los datos se procesaron de acuerdo con los códigos numéricos exclusivos que se ingresaron directamente a la computadora con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 22.0 (IBM SPSS Statistics Base 22.0), en español.

## **2.6 Métodos análisis de datos**

Los resultados se presentan 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, utilizaremos el coeficiente de correlación de Spearman para medir la relación entre dos variables medidas por ordinales. 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 está sujeta a las pautas éticas recomendadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) para trabajar en y / o con las personas. Estas pautas éticas son el resultado de una colaboración en ética de la investigación entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), quienes publicaron una Propuesta de Pauta Internacional para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos en 1982. El objetivo de las directrices eran mostrar cómo los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica humana pueden aplicarse de manera efectiva, como se establece en la Declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en cuenta su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, las leyes nacionales y disposiciones ejecutivas y administrativas. Estas pautas éticas son:

UTILIDAD: Esta investigación fue útil tanto para las personas participantes como para el investigador, que generalmente es un candidato para los servicios de los

participantes que proporcionan parte de su tiempo y atención a la aplicación del cuestionario; también es útil para el participante, ya que corrige ciertas deficiencias y devuelve el conocimiento que se aplica.

**NEMOFICIENCIA:** Esta investigación no ha perjudicado a nadie, por el contrario, este principio está vinculado al principio de la caridad, por lo que prevalece la ventaja de los aplicados.

**AUTONOMÍA:** Se respeta a todas las personas y se protege su salud, así como sus derechos individuales, el único propósito es encontrar respuestas claras a los problemas planteados en la investigación que no representen un riesgo o daño para la salud involucrada.

**JUSTICIA:** Este principio se basa en dar a cada persona lo que es apropiado para él y lo que se considera correcto y moralmente apropiado, por lo tanto, la persona que se está estudiando le dará su autoridad para participar en la investigación y podrá retirarse cuando lo desee, el último caso no se presentó en ningún momento.

La garantía de la originalidad estuvo a cargo del programa TURNITIN, con un porcentaje de aceptabilidad establecida por la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1**

Funcionalidad de la capacidad resolutive desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Funcionalidad de la capacidad resolutive	N	%
Bueno	45	41,3
Regular	64	58,7
Malo	00	0,0
Total	109	100,0

**Interpretación:**

Nos muestra que la funcionalidad de la capacidad resolutive del Centro de Salud Lucma, desde la percepción del usuario es Buena en un 41,3% frente a un 58,7% que consideran que es Regular.

**Tabla 2**

Calidad de Atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Calidad de Atención	N	%
Bueno	81	74,3
Regular	28	25,7
Malo	00	0,0
Total	109	100,0

**Interpretación:**

Nos muestra que la Calidad de Atención del Centro de Salud Lucma es Buena en un 74.3% frente a un 25.7% que considera que la calidad de atención es Regular.

**Tabla 3:**

Relación entre la accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Funcionalidad de capacidad resolutive: accesibilidad	Calidad de la atención						Total	
	MALA		REGULAR		BUENA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
BUENO	0	0,0	25	22,9	46	42,2	71	65,1
REGULAR	0	0,0	3	2,8	35	32,1	38	34,9
MALO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>25,7</b>	<b>81</b>	<b>74,3</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

**Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,298	,073	3,229	,002 <sup>c</sup>
N de casos válidos		109			

**Interpretación:**

Nos muestra que la Accesibilidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive del Centro de Salud Lucma, es Regular con 34,9% y Buena en un 65,1% y que la calidad de la atención es percibida como Regular en un 25,7% y Buena en un 74,3%. Siendo que la razón cruzada de mayor peso esta entre la Accesibilidad Buena y la Buena Calidad de la Atención (42,2%), la tabla muestra que existe relación significativa entre las dos variables y con una posibilidad de error de 0,2% (Spearman R = 0,298 y p=0,002 => p<0,05).

**Tabla 4:**

Relación entre la comunicación inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Funcionalidad de capacidad resolutoria: comunicación	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
	MALA		REGULAR		BUENA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	0	0,0	2	1,8	2	1,8	4	3,7
REGULAR	0	0,0	23	21,1	56	51,4	79	72,5
MALO	0	0,0	3	2,8	23	21,1	26	23,9
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>25,7</b>	<b>81</b>	<b>74,3</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

**Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,200	,082	2,114	,037 <sup>c</sup>
N de casos válidos		109			

**Interpretación.**

Nos muestra que la Comunicación, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutoria del Centro de Salud Lucma, es Mala en un 23,9% Regular en 72,5% y Buena en 3,7% y que la calidad de la atención es percibida como Regular en un 25,7% y Buena en un 74,3%. Siendo que la razón cruzada de mayor peso esta entre la Comunicación Regular y la Buena Calidad de la Atención (51,4%), la tabla muestra que existe relación significativa entre las dos variables y con una posibilidad de error de 3,7% (Spearman R = 0,200 y p=0,037 => p<0,05).

**Tabla 5**

Relación entre los resultados de la atención inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Funcionalidad de capacidad resolutive: resultado de la atención	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
	MALA		REGULAR		BUENA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	0	0,0	27	24,8	76	69,9	103	94,5
REGULAR	0	0,0	1	0,9	3	2,8	4	3,7
MALO	0	0,0	0	0,0	2	1,8	2	1,8
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>25,7</b>	<b>81</b>	<b>74,3</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

**Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,052	,082	,533	,595 <sup>c</sup>
N de casos válidos		109			

**Interpretación**

Nos muestra que el resultado de la Atención, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive del Centro de Salud Lucma, es Malo en un 1,8%, Regular en 3,7% y Bueno en 94,5% y que la calidad de la atención es percibida como Regular en un 25,7% y Buena en un 74,3%. Siendo que la razón cruzada de mayor peso se encuentra entre el Resultado de la atención Bueno y la Buena Calidad de la Atención (69,9%), la tabla muestra que No existe relación significativa entre las dos variables, la posibilidad de error es alta 59,5% (Spearman R = 0,052 y p=0,595 => p>0,05).

**Tabla 6**

Relación entre la inequidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Funcionalidad la capacidad resolutive: inequidad	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
	MALA		REGULAR		BUENA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	0	0,0	1	0,9	1	0,9	2	1,8
REGULAR	0	0,0	27	24,8	80	73,4	107	98,2
MALO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>25,7</b>	<b>81</b>	<b>74,3</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

**Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,076	,112	,789	,432 <sup>c</sup>
N de casos válidos		109			

**Interpretación**

Nos muestra que la Inequidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive del Centro de Salud Lucma, es Regular en 98,2% y Buena en 1,8% y que la calidad de la atención es percibida como Regular en un 25,7% y Buena en un 74,3%. Siendo que la razón cruzada de mayor peso se encuentra entre la Inequidad Regular y la Buena Calidad de la Atención (73,4%), la tabla muestra que No existe relación significativa entre las dos variables y con una posibilidad de error de 43,2% (Spearman R = 0,076 y p=0,432 => p>0,05).

**Tabla 7**

Relación entre el trabajo en equipo inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, mayo-junio de 2019.

Funcionalidad la capacidad resolutive: trabajo en equipo	CALIDAD DE LA ATENCIÓN							
	MALA		REGULAR		BUENA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	0	0,0	23	21,1	43	39,4	66	60,6
REGULAR	0	0,0	5	4,6	38	34,9	43	39,4
MALO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>25,7</b>	<b>81</b>	<b>74,3</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

**Medidas simétricas**

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,260	,082	2,782	,006 <sup>c</sup>
N de casos válidos		109			

**Interpretación**

Nos muestra que el trabajo en equipo, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive del Centro de Salud Lucma, es Regular en un 39,4% y Buena en 60,6% y que la calidad de la atención es percibida como Regular en un 25,7% y Buena en un 74,3%. Siendo que la razón cruzada de mayor peso se encuentra entre el trabajo en equipo Bueno y la Buena Calidad de la Atención (39,4%), la tabla muestra que existe relación significativa entre las dos variables y con una posibilidad de error de 0,6% (Spearman R = 0,260 y p=0.006 => p<0,05).

#### IV. DISCUSIÓN

Uno de los elementos básicos para comprender los problemas de salud humana en países como el nuestro es la capacidad de ver cómo se presentan las relaciones entre la funcionalidad de la capacidad de resolución de los centros de salud y la calidad de la atención, desde las percepciones de los usuarios, en la medida en que esa percepción sirve como una herramienta estratégica para mejorar el proceso de atención o fortalecer los comportamientos positivos del personal sanitario. Es una visión con la cual se interpreta y discute los resultados de este estudio. Dicho esto, vemos a todos y cada uno de ellos.

Los resultados de la Tabla 1 con respecto al mayor porcentaje de usuarios que perciben la funcionalidad de resolución en el Centro de Salud Lucma como regular (58.7%) y 41.3% como buena pueden considerarse similares a los reportados por Ávila (2016) en Colombia, que en los servicios del Hospital Universitario Santander encuentra una buena capacidad de discernimiento en un 40%, sin embargo, no está de acuerdo con el porcentaje del mismo autor habitual que es solo el 27.1% y encuentra un alto porcentaje negativo (32.9%). En cambio, Heredia et al. (2015), en Venezuela, encontraron una buena capacidad de recuperación en el cuidado de la madre en el municipio "Juan Germán de Guárico" (68,96%).

Se puede encontrar una explicación de estos resultados en la forma en que las interacciones entre los elementos y procesos del trabajo institucional se presentan y representan en las percepciones de los usuarios, ya que esto no puede diferenciar la funcionalidad de la capacidad de remediación desde un punto de vista técnico, pero si, como se muestra, los sistemas operativos de los grupos operativos se puede decirse que, los servicios que necesitan abordar, los mecanismos que los dirigen, las limitaciones funcionales e incluso las limitaciones estructurales de la atención son notables, ya que está interesado en tratar de mejorar sus problemas de salud.

Es decir, desde un punto de vista técnico, es diferente observar las capacidades operativas de las instituciones que perciben su funcionalidad por parte de los usuarios. No se encontrará el punto de comparación, sin embargo, los resultados de Ávila (2015) y Heredia et al (2015) no están muy lejos de los límites existentes para identificar y analizar el análisis de procesos integrados de acuerdo con la capacidad operativa del sistema de atención.

Desde esta perspectiva, las diferencias estarían en el valor dado a la trabajabilidad de los flujos de trabajo desde el punto de vista del usuario y desde un punto de vista operacionalmente técnico. Mientras que el primero asume un criterio de veracidad por las representaciones que construye cognitivamente a través de sus experiencias o experiencias directas de atención plena, el segundo actúa según criterios preestablecidos de acuerdo con las capacidades de los sistemas de salud y las condiciones que presentan para atender al paciente o usuario. Es decir, en este último no hay juicios de valor personal, sino criterios sistémicos preestablecidos que supuestamente respaldan la corrección y la mejora del logro.

Sin embargo, ambos problemas representan una evaluación del proceso dentro de los rangos óptimos de operación desde el momento en que el enfoque para determinar el resultado o el cambio en la salud del paciente es diferente. Por lo tanto, existen diferentes formas de medir la capacidad operativa de los sistemas de salud y su funcionalidad. Por ejemplo, algunos sistemas de monitoreo de capacidad operativa no observan problemas con el acceso externo del paciente y, si lo hacen, no pueden medir su funcionalidad como estrategia sistémica. Si bien el usuario realmente comienza a partir de ahí cuando se trata de construir su representación sobre la funcionalidad de la capacidad operativa del servicio de salud.

Desde una perspectiva sistémica, la capacidad de la institución, los recursos humanos, la implementación del sistema de salud son una prioridad, son directamente relevantes para los casos que se procesan o abordan. Son de poco interés para la condición humana o el interés del usuario o paciente, sin embargo, contiene un análisis de coordinación horizontal entre los elementos involucrados en el proceso de atención, lo que lo convierte en el primer vínculo en la amplia gama de discriminación y desigualdades que existen en nuestro sistema de salud, especialmente en el nivel de atención primaria.

Los resultados de la Tabla 2 sobre la percepción del usuario sobre la calidad de la atención en el Centro de salud Lucma, que es mayoritariamente Buena (74,3%), son resultados mayores a los reportados por Ávila (2016), en Colombia (con 52.3% de Buena y 12,2% de Regular) o, de Laurenza, (2014), en Argentina (que reportó un 44% de los centros en la esfera pública) y de Cañarejo & Pabón (2013), que en Ecuador en el Centro de Salud Sub San Pablo que reporta un 57% de excelente. Sin embargo, es similar a lo reportado por

Chinchay (2014), en Rioja- Perú (que reporta una calidad de la atención Buena en un 89,7% de usuarios).

La explicación a estos resultados la podemos encontrar en las formas y condiciones distintas y en que se perciben los fenómenos durante los procesos de atención. De hecho, ninguna representación que el usuario de salud se pueda hacer sobre cualquier fenómeno es igual a otra así se encuentre se perciba un mismo fenómeno y/o en las mismas condiciones. Lo que traemos como vivencias previas generan expectativas sobre la atención en determinados establecimientos de salud y no todos los pacientes o usuarios de salud reciben la misma atención pro la naturaleza distinta de sus estados de salud, no todo pueden obtener máximos beneficios del uso de las ciencias y tecnologías médicas.

Eso es lo que siempre ha preocupado a los organismos internacionales como la OPS 2014/OMS 2015 o nacionales como el MINSA (2017), dentro de sus procedimientos para establecer las formas de medir la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios. Muchas veces se recomienda trabajar con indicadores de calidad que ponen énfasis en lo que se espera que la atención logre sobre la salud del usuario, otras recomiendan centrarse en el fin último de la atención el trato humano que exige una maximización de los beneficios sin aumentar sus riesgos y aumento de la satisfacción del usuario.

Al parecer los resultados que se presentan muestran un equilibrio en la atención que se ha expresado en la representación medico social de la calidad de la atención del usuario involucrando lo que pasa con lo que se pone al alcance del paciente y el usuario, los recursos, por ejemplo, las formas en que se dieron los procesos de recuperación y rehabilitación, o los simple hechos que hicieron que los riesgos para la salud se transformen en beneficios y resultados positivos de su recuperación. Es decir, los estímulos pueden ser distintos, pero hay una columna vertebral sobre los cuales se trabaja en salud la confianza, el trato, la seguridad que se siente, la empatía y el contexto físico que rodea a los procesos de la atención. Todo ello es recibido por el usuario en forma de insumos para la construcción de representaciones medico sociales que en interacción con otras personas se transforma en una especie de respuesta conductual verbalizada o exteriorizada a través de criterios valorativos de una experiencia vivida.

En este proceso es imposible hablar de una ausencia de flujo informativo o recepción de estímulos puesto que solo estos en correspondencia con los aspectos cognoscitivos de las personas hacen posibles las percepciones. Por eso que adquiere una particularidad en la valoración de la realidad que cada persona tiene de la realidad que le toca vivir. Lo otro es que estos procesos se pueden contrastar con las de otras personas para determinar lo que pasa con ellas dentro de un grupo humano determinado.

Los resultados de la Tabla 3 sobre la relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la Accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria del Centro de Salud Lucma, (mayoritariamente Buena en un 65,1%) con la calidad de la atención (Buena en un 74,3%), se los puede considerar similares a los reportados por Ávila (2016), en Colombia y Heredia, et al. (2015), en Venezuela. Sin embargo, esta similitud no sería plena puesto que ambos autores hacen mediciones globales a la capacidad resolutoria e involucran en ella a la accesibilidad inherente a la capacidad resolutoria de las instituciones. Sin embargo, ambos tienen opiniones distintas de los procesos que tienen lugar en sus estudios y/o interpretan diferenciadamente las percepciones de los usuarios.

Desde esta perspectiva la explicación a nuestros resultados estaría más por el lado de la oportunidad que los usuarios han tenido para construir sus representaciones médicas sociales sobre la relación entre la funcionalidad de la capacidad operativa y la calidad de la atención recibida. Esta oportunidad expresada en una interpretación de los sistemas de atención de acuerdo a las condiciones del área geográfica, la resolución de los problemas de salud más frecuentes, las respuestas del sistema para absorber sus necesidades de atención. Esto al parecer se ha interpretado positivamente como una potencialidad del sistema de atención en el Centro de Salud Lucma.

Esta lógica o razonamiento interpretativo está en correspondencia con lo planteado por la OPS (2005) quien indicó que en este proceso no se debe considerar los elementos que indiquen tamaño, ya que éstos dependen del volumen de las necesidades de salud de la población, lo que es variable según la realidad sanitaria local, ya que en este momento se hace una valoración de la funcionalidad de la capacidad resolutoria frente a las necesidades de acceso a la prestación de servicios de salud y no una evaluación de la estructura, procesos ni de los resultados obtenidos. De esta forma la percepción del usuario se transforma en una

herramienta no para asegurar el logro de metas, sino en transformar la idea de los que se espera o debe esperarse en la atención de salud y lo que significa para el usuario la salud y la vida, la familia y la comunidad, como factor indispensable para el desarrollo humano.

Así, estos resultados estarían representando a conjunto de prioridades que compromete la participación activa de la comunidad y promueve una cultura de la salud en nuestro país. A partir de allí se pueden generar iniciativas familiares y sociales, respecto a los temas de acceso a la salud y sobre todo a los temas preventivos de la salud, basados en el respeto y la solidaridad.

Estos resultados estarían indicando también que existen más de una oportunidad para construir puentes de entendimiento entre los responsables de la gestión y administración del Centro de Salud Lucma con la comunidad, en la perspectiva de mejorar la accesibilidad a la prestación de servicios de salud bajo lógica del respeto por la vida y la solidaridad entre personas e instituciones.

En la Tabla 4 respecto de la relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la Comunicación inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria (mayoritariamente Regular en 72,5%) con la calidad de la atención es percibida (mayoritariamente Buena en un 74,3%) del Centro de Salud Lucma, también se pueden considerar similares a los reportados por Ávila (2016) en Colombia y Heredia (2015) en Venezuela.

Sin embargo, mientras para ellos la base de esta relación podría estar en la aplicación de los formatos de comunicación persona a persona, para nosotros son resultados de procesos interactivos basados en un trato más humano que tienen como objetivo mejorar la atención de la salud a través de la aplicación del proceso de gestión de la calidad. Se puede decir que una gran parte del trabajo de gestión y administración en el establecimiento de salud Lucma (2019) está abocado a establecer las bases y líneas de acción que permitan implementar una mejor comunicación interna y externa con el usuario.

Este principio de una la gestión de la calidad, sería el que prime como un objetivo alcanzable a través de una serie de prácticas del personal de salud dirigidos a implementar un sistema integrado de comunicación a corto y largo plazo, así como a mejorar la calidad de la vida

laboral y mejorar la satisfacción del usuario. La calidad percibida para el paciente/usuario estaría integrado al respeto y empatía que estarían haciendo un modelo único la gestión y administración en el establecimiento de salud.

Al parecer el enfoque de trabajo es el de calidad total que va más allá de muchos programas que buscan cumplir metas, objetivos o solucionar problemas sin distinguir las formas particulares que tienen los usuarios para involucrarse o entender los procesos de trabajo en la atención de sus estados de salud. Esto es lo que estaría distinguiendo al Establecimiento de salud Lucma respecto de los estudios de Ávila (2016) en Colombia y Heredia (2015), en Venezuela.

En teoría, la percepción de la comunicación inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive y su relación con la calidad de la atención, en el caso del establecimiento de salud Lucma, se estaría trabajando como un término dinámico, funcional y que es permisible a la respuesta del paciente y la perspectiva de los usuarios sobre la atención que reciben. Al mismo tiempo, es polisémico, ya que su significado varía según el usuario, los profesionales de los servicios de salud o de la opinión pública.

De la Tabla 5, respecto de la no relación ( $p > 0,05$ ) entre el Resultado de la Atención inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive (mayoritariamente Bueno en un 94,5%), con la calidad de la atención (mayoritariamente Buena con un 74,5%) en el Centro de Salud Lucma. Los resultados serían contrarios a los reportados por Ávila (2016) en Colombia y Heredia (2015) en Venezuela.

La perspectiva de los usuarios / pacientes sobre la relación entre el resultado de la Atención inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención en el Centro de Salud Lucma, no representa un factor que sirva de elemento clave o de garantía en la atención. Se puede buscar una explicación entre la falta de información y estímulos para modificar dichas percepciones o representaciones medico sociales, sin embargo, al parecer sería las operaciones de atención médica los elementos diferenciales de la percepción de los resultados en distancia con la calidad de la atención. Esto significa que lo que está en cuestión son los roles que desempeñan los profesionales de la salud, así como el paciente o usuario mismo, en términos de calidad

Se parte de la premisa que los profesionales tienen la capacidad de ser reformadores de la atención médica, implementadores de control de calidad, proveedores de control y proveedores de servicios de salud. Pero, desde el punto de vista de un paciente, nos referimos a la llamada calidad percibida. Esto depende de la comparación del servicio que la persona espera con el servicio percibido (MINSA, 2011).

Por ello se dice que existe cierta satisfacción si las expectativas se confirman junto con el rendimiento del servicio o cuando el rendimiento es identificado como resultado de la funcionabilidad de la capacidad resolutoria en un establecimiento de salud. Al parecer eso no pasa con el usuario del Centro de Salud Lucma o no se confirman porque la calidad percibida supone que el nivel de abstracción es más alto que cualquiera de las características específicas de la funcionabilidad de la capacidad resolutoria, con ello estaríamos ante una dificultad considerable, ya en dicho establecimiento de salud se han desarrollado estrategias para evitar el impacto negativo de las limitaciones operativas y funcionales sobre los resultados de la salud de los pacientes o usuarios. La importancia de cada aspecto, revelando en estos resultados es invaluable toda vez que cuestiona las relaciones entre los procesos que tienen lugar durante la atención y calidad de los mismos.

No se trataría que un análisis factorial facilite algún criterio adicional para redondear una idea de lo que estaría pasando, se trataría de una reducción y desagregación de las relaciones entre la funcionalidad de la capacidad operativa y la calidad de la atención desde la percepción del usuario del Centro de Salud Lucma. Las variables están suficientemente analizadas y explicadas y la importancia de lo que se estima sería un error, significa, en nuestro caso, una capacidad explicativa sobre la inaceptabilidad de dicha relación por parte de los usuarios.

La importancia de la inadmisibilidad de la relación entre los resultados inherentes a la funcionabilidad de la capacidad operativa con la calidad de la atención, en la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma, se sopesa, y de esta manera se obtiene un reto para el trabajo a partir de los resultados específicos y globales de la presente investigación.

Los resultados expuestos en la Tabla 6 respecto de la no relación ( $p > 0,05$ ) entre la percepción de la Inequidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive (mayoritariamente Regular en 98,2%) con la calidad de la atención (Buena en un 74,3%) desde la percepción del usuario del Centro de Salud Lucma. Estos resultados pueden considerarse contrarios a los reportados por Ávila (2016) en Colombia y Heredia (2015) en Venezuela.

La explicación a estos resultados está en el concepto mismo de la percepción de la relación entre Inequidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención. La percepción de inequidades inherentes a la funcionabilidad de la capacidad resolutive en un establecimiento de salud se la entiende como una representación medico social de una falta de paridad, de oportunidades reales para hacer mejor las cosas o tomar mejores decisiones relativas al respeto de los derechos humanos de las personas en los procesos de atención, de acuerdo a la necesidad y posibilidad de realizarlas.

En otras palabras, se la percibe sobre la base de la justicia: la teoría del derecho, la igualdad, las necesidades y el utilitarismo. Igualmente, la percepción de inequidades inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive puede ser atribuible a la mala distribución de los recursos de salud, desigualdad en el trato, que se refiere a diferencias o indiferencias innecesarias, inevitables e injustificables en el trato o la atención a los usuarios, por ejemplo, se puede percibir un acceso desigual entre usuarios a los servicios de salud cuando diferenciamos al usuario por su sexo o grupos étnicos. etc.

El asunto es que el usuario puede percibir todos estos fenómenos durante el proceso de atención, pero no lo está referenciando o direccionando hacia los temas de la calidad de la atención, aunque en la práctica médica se le considere lo contrario. Desde esta perspectiva la percepción de inequidades es relativamente nula en la percepción de la calidad de la atención debido a sus características.

Sin embargo, si analizamos la percepción de las desigualdades en función de las variables que reflejan el orden social y permiten que el atraso produzca un juicio valioso sobre la naturaleza injusta de las diferencias y el origen de las inequidades, tendremos entre manos un problema social en donde los patrones de desigualdad afectan directamente el estado de salud de las personas. Por el momento esto no se advierte en el Centro de Salud Lucma y,

en consecuencia, la exposición al riesgo debe ser mínima asociada y si estaría asociada a la igualdad de oportunidades, pero no a la percepción de los elementos de la calidad de la atención. Además, no hay estudios que identifiquen, justifiquen o se refieran solo a las percepciones de inequidades o desigualdades en la atención para relacionarlas con la calidad de la atención percibida.

Los resultados de la Tabla 7 respecto a la percepción de la relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre el Trabajo en Equipo inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutoria (mayoritariamente Buena en un 60,6%) con la calidad de la atención en el Centro de Salud Lucma, si pueden considerarse similares a los reportados por Ávila (2016) en Colombia y Heredia (2015) en Venezuela y la explicación lo encontramos en la forma como se perciben los no sobre los objetivos que se persiguen, sino como estos se manifiestan y hacen posible sus descripción dentro de un contexto de la atención determinada. Es decir, el usuario solo podría percibir del trabajo en equipo, el comportamiento colectivo para apoyar los procesos de la atención al usuario. También lo podría hacer sobre la organización y armonía en el trabajo. A través de estos elementos puede identificar los principios formados por algunos miembros del equipo de salud que lo atiende. Por ello se explica su relación directa con la percepción del usuario sobre la calidad de la atención.

Sin embargo, no existe un diseño previo para categorizar estas percepciones o que permita explicar la existencia de grupos que, irónicamente, es del disgusto de las expectativas del usuario pero que son percibidos como positivos para la calidad de la atención. El enfoque esta entonces en la forma como se pueden estar expresando el trabajo en equipo como estructura organizacional. Es decir, en la forma como estos equipos de trabajo responden a una cultura de trabajo médicos asistencial en el establecimiento de salud, ya que se ha establecido una relación directa con la calidad del servicio. No se puede llegar a saber si esa forma de percibir el trabajo en equipo responde a una nueva cultura que necesita aportar nuevas ideas a partir del conocimiento alentador de una nueva cultura, pero si se puede llegar a saber que son suficientemente motivadoras y transfieren la información necesaria para que el usuario pueda hacer o construir sus representaciones medico sociales en forma positiva.

Esta interpretación de los resultados nos dice que estamos ante una posible forma de autorregulación del trabajo en equipo en el Centro de Salud Lucma que se deja observar y/o

se manifiesta realmente como facilitador de la atención, consecuentemente estamos ante una forma de nueva de construcción de un nuevo rol, una nueva creencia por parte de los usuarios a partir de una percepción suficientemente clara y relacionada con la intención de que la organización busca lograr en sus resultados. Este pensamiento se basa en la metáfora de una organización entendida como una máquina u organismo que se adapta a un entorno específico. Una visión imperativa que otorga a la administración una autoridad única sobre el control de la Organización. (Stacey, 1996a).

Desde este punto de vista se pueden predecir el futuro y controlar el progreso de la organización hacia un resultado más o menos conocido. Y, esta es una tendencia no reciente en nuestro país por cuanto las ciencias y tecnologías de la información y el conocimiento así lo están permitiendo. Ya no se concibe el trabajo del personal de salud en términos de individuos, sino de equipos que interactúan formando amplios consensos para facilitar la atención de los usuarios de acuerdo a sus necesidades y posibilidades para ello. Hoy, al menos, esa es la lección que dejan estos resultados debido a que las actitudes de las personas se pueden entender en términos de racionalidad estructural. La ciencia de la complejidad cuestiona la naturaleza simplista de este tipo de suposición sobre la dinámica de los sistemas de grupo, pero es la única forma de aceptar los resultados encontrados en este estudio.

## V. CONCLUSIONES

1. La funcionalidad de la capacidad resolutive, es regular, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.
2. La calidad de atención, es buena, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.
3. La accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, se relación significativamente ( $p < 0,05$ ) con la calidad de la atención, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma
4. La comunicación inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, se relación significativamente ( $p < 0,05$ ) con la calidad de la atención, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma
5. Los resultados de la atención inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, no se relación significativamente ( $p > 0,05$ ) con la calidad de la atención, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma
6. Las inequidades inherentes a la funcionalidad de la capacidad resolutive, no se relación significativamente ( $p > 0,05$ ) con la calidad de la atención, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma
7. El trabajo en equipo inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, se relación significativamente ( $p < 0,05$ ) con la calidad de la atención, desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Proponer a la Dirección del Centro de Salud Lucma generar una estrategia más amplia de discusión y acercamiento con la comunidad para mejorar la accesibilidad del usuario a los servicios de salud
2. A las autoridades MINSA, promover formas comunicacionales internas y externas basadas en las percepciones de los usuarios y la satisfacción del mismo con la calidad de la atención
3. A la dirección del Centro de salud Lucma, promover el desarrollo de una cultura organizacional basada en el trabajo interactivo de grupos y/o equipo de salud con el objeto de mejorar la percepción de la calidad de la atención en los usuarios del Centro de Salud Lucma.

## VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Avila N. (2016). Incidencia de la capacidad resolutoria de las IPS provinciales en la calidad de la prestación de los servicios del Hospital Universitario de Santander, 2015. Colombia: Universidad Militar Nueva Granada.
- Badia X y Del Llano J. (2000). Investigación de resultados de salud. *Med Clin (Barc)*; 114:1-7.
- Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U, et al. (2013). Buena salud a bajo costo 25 años después: lecciones para el futuro del fortalecimiento de los sistemas de salud. *Rev. Lancet*. 2013 15 de junio; 381 (9883): 2118-33
- Brown, T .; Churchill, G. y Peter, J. (1993): "Mejora de la medición de la calidad del servicio". *Revista de venta al por menor*, 69 (Primavera): 127-39
- Cañarejo A y Pabón P. (2013). Calidad de la atención que presta el personal de enfermería del Centro de Salud Sub San Pablo y su relación con el nivel de satisfacción del usuario. Durante el período 2011-2012. Ecuador: UTN.
- Cronin, J., Brady, M. K. JR., Y Hult, T. (2000). Evaluación de los efectos de la calidad, el valor y la satisfacción del cliente en la intención de comportamiento en entornos de servicio. *Journal of Retailing*, 76 (2), 193-218.
- Cronin, J., y Taylor, S. (1992). Medición de la calidad del servicio: una reexaminación y extensión. *El Diario de Marketing*, 56 (3), 55-68.
- Cronin, J., y Taylor, S. (1994). Servperf versus Servqual: conciliación de la medición del servicio basada en el rendimiento y las percepciones-menos expectativas. *El Diario de Marketing*, 58 (1), 125-131.
- Chinchay E. (2014). Percepción de la Calidad de atención y Grado de Satisfacción del usuario en la estancia intrahospitalaria del Hospital II-1 Rioja, periodo 2014. Perú: UCV.

- Donabedian A. (1986). Aseguramiento de la calidad en los sistemas de salud. En: Donabedian A. Control de calidad y revisión de su utilización. EE.UU. Asociación Americana de Salud Pública: p. 6-12.
- Espinoza J. (2014). Percepción de la calidad de la atención prestada por los usuarios del Hospital de Obstetricia Centro San Juan de Lurigancho en enero de 2014. Perú: UNMS
- Figueroa F. (2015) Capacidad resolutive y trabajo en equipo, factores de la calidad de la atención. Valdivia- Chile: Universidad Austral de Chile
- Gil, I. y Molla, A. (1994). La evaluación de la calidad de servicio en distribución comercial minorista. *Investigación y Marketing*, 46, 60-71.
- Giovanella L, Fidelis P, Vega R, Oliveira S, Tejerina H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate* vol.39 no.105 Rio de Janeiro Apr./June 2015
- Heredia H, Tovar M, Gallego L, Naranjo M. (2015). Capacidad resolutive de la atención Materna en el municipio Juan Germán de Guarico, Venezuela. Colombia: Universidad de Santander (UDES)
- Laurenza M. (2014). Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente. Avance de investigación en curso – Salud y Seguridad social: Análisis de los resultados de una encuesta realizada en centros de atención primaria del ámbito público. Argentina: UNMPL.
- Maynes (1976). El concepto y medición de la calidad del producto. EE.UU.: Oficina Nacional de Investigación Económica, Nueva York.
- Mendoza A. (2016). Capacidad resolutive de los servicios de salud y el sistema de referencia y contratación de Microred de Ascensión Huancavelica 2016. Perú: UCV.

Merino B y Reyes M. (2014). Modelo para evaluar la calidad de servicio al usuario atendido en la consulta externa en establecimientos de salud del Perú. Lima-Perú: USMP

Ministerio de la Prestación Social de Colombia (MPS) (2013). Concepto técnico Propuesta de actualización de la Red de prestación de Servicios de Salud de Santander. Colombia: MPS.

Ministerio de la Prestación Social de Colombia (MPS) (2010). Concepto técnico Propuesta de actualización de la Red de prestación de Servicios de Salud de Santander. Colombia: MPS.

MINSA (2015). [homepage on the Internet]. Lima: Ministerio de Salud; c2015 [actualizado 9 de mayo de 2015, citado 10 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498>

MINSA/Unidad de Gestión de la calidad – HSJL (2013). Estudio de Satisfacción del usuario externo SERVQUAL 2013. MINSA, Perú.

MINSA (2011). Modelo de atención Integral de salud Basado en Familia y Comunidad. Perú: MINSA.

Ministerio de Salud. (MINSA, 2011b). Análisis de situación de salud la Libertad 2011. Perú: MINSA/DRESA

MINSA. (2011c). Situación actual del Sistema de Salud en el Perú. Lima: MINSA

OMS/OPS. (2018). Informe final sobre los Objetivos del Milenio relacionados con la salud en la región de las Américas. Washington, D.C.:OPS, 2018.

OPS/OMS. (2017). Planificación y administración hospitalaria. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/12356789/1239>

- OMS. (2016). Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Ginebra: OMS.
- OMS. (2015). Llamado a la acción de Toronto 2006-2015: hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Informe de la reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 2015. Organización Panamericana de la Salud, 2015
- OMS (2014). El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud. Ginebra. Suiza, 2014.
- OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud; el camino hacia la cobertura universal. Ginebra.
- OPS/OMS. (2017). Planificación y administración hospitalaria. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/12356789/1239>.
- OPS y Guzmán A. (2009). Evaluación de la funcionabilidad de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en 5 regiones con mayor razón de mortalidad materna y en Andahuaylas. Perú: OPS.
- Pari A. (2017). Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la usuaria externa en el puesto de salud Viñani de Tacna, en el año 2017. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A (1985). Modelo conceptual de la calidad del servicio y sus implicaciones para futuras investigaciones. Diario de Marketing: 49: 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., y Berry, L. L., (1996). Avanzando en la calidad del servicio: midiendo diferentes niveles de expectativa del cliente, comparando escalas alternativas, y examinando el vínculo entre intenciones de comportamiento y comportamiento. Cambridge: Marketing Science Institute.

Saturno P, Gutiérrez J, Armendáriz D, Armenta N, Candia E y Contreras D (2014). Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP.

Seawright, K. W., & Young, S. T. (1996). Una definición de calidad continua. *Interfaces*, 26 (3), 107-113. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/250621>

Vargas V, Vallecillos J y Hernández C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de Medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 66-671



### **LAS COMUNICACIONES**

6. ¿Ha notado alguna falta de comunicación entre el personal del servicio para atender su caso?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
7. ¿El personal del servicio hacía uso de diversos medios de comunicación (celulares, teléfonos fijos o radio) para dar soluciones a sus problemas de salud?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
8. ¿Las comunicaciones de las cuales tiene usted conocimiento que se realizaron al atender su caso sirvieron para mejorar la atención o dar soluciones a su caso?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
9. ¿Le informaron a usted sobre cómo va su proceso de atención y cual serían los pasos a seguir para su tratamiento?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
10. ¿Ha notado insensibilidad y despreocupación por su caso durante la atención recibida?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca

### **LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN.**

11. ¿Le satisfizo a usted la forma en que se procedió para diagnosticar y tratar su caso?  
( ) Si ( ) No ( ) No sabe no opina
12. ¿Cree que aún falta mucho estudiar en su caso porque no está satisfecho con los resultados obtenidos del diagnóstico ni del tratamiento?  
( ) Si ( ) No ( ) No sabe no opina
13. ¿Tuvieron mucho cuidado al tratar su caso desde el comienzo (diagnóstico) hasta el final (tratamiento)?  
( ) Si ( ) No ( ) No sabe no opina
14. ¿Tiene mucha confianza en que su salud mejorara rápidamente?  
( ) Si ( ) No ( ) No sabe no opina

### **LAS INEQUIDADES.**

15. ¿Durante la atención recibida, se ha sentido marginado o ignorado por su edad, raza, condición social o religión u otro motivo?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
16. Le explicaron que existen normas de atención que incluso le permiten decidir sobre la forma en que desea ser atendida y por quién.  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
17. Respetaron su intimidad en todo momento de la atención.  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca

18. Se burlaron de usted por su edad, raza, condición social o religión u otro motivo en el algún momento de la atención  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
19. ¿Respetaron sus costumbres y hábitos al indicarle los procedimientos del diagnóstico y tratamiento de su caso?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca

#### **LA METODOLOGÍA DE TRABAJO EN EQUIPO**

20. ¿Se notaba que estaban bien organizados por que todos hacían sus cosas sin problemas y con buen ánimo?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
21. ¿Notó desacuerdos entre el personal del servicio por decidir qué hacer o que pasos dar para el diagnóstico u tratamiento de su caso?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
22. ¿Notó si el personal de salud coordinaba sus acciones para brindarle a usted la atención debida?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca
23. ¿Todo el personal se portó bien y eran muy amables con los pacientes y entre ellos?  
( ) Siempre ( ) A veces ( ) Nunca

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

#### RECIBIDO: PECASUSS

(Ministerio de la Prestación Social de Colombia (MPS), 2014)

<b>1</b>	El trámite que hizo para ser atendido es:
	<input type="checkbox"/> Muy complicado
	<input type="checkbox"/> Complicado
	<input type="checkbox"/> Ni complicado ni sencillo
	<input type="checkbox"/> Sencillo
	<input type="checkbox"/> Muy sencillo
	<input type="checkbox"/> No sabe/ no responde
<b>2</b>	<b>El pago de los servicios es</b>
	<input type="checkbox"/> Muy caro
	<input type="checkbox"/> Caro
	<input type="checkbox"/> Ni caro ni barato
	<input type="checkbox"/> Barato
	<input type="checkbox"/> Muy barato
<b>3</b>	<b>Cuantos minutos espera</b>
	<input type="checkbox"/> Más de 181(o más de 3 horas)
	<input type="checkbox"/> De 121 a 180
	<input type="checkbox"/> De 31 a 60
	<input type="checkbox"/> De 11 a 30
	<input type="checkbox"/> 10 o menos
	<input type="checkbox"/> No sabe/ no responde
<b>4</b>	<b>El tiempo espera es</b>
	<input type="checkbox"/> Muy largo
	<input type="checkbox"/> Largo
	<input type="checkbox"/> Ni largo ni corto
	<input type="checkbox"/> Muy corto
	<input type="checkbox"/> No sabe/no responde
<b>5</b>	La solución que le dieron a su necesidad de salud por la que consultó este establecimiento de salud, le pareció.
	<input type="checkbox"/> Muy mala
	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Ni mala ni buena
	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Muy buena
	<input type="checkbox"/> No sabe/no responde
<b>6</b>	Las respuestas del personal de la Institución ante sus inquietudes o preguntas le pareciera
	<input type="checkbox"/> Muy inapropiadas

---

	<input type="checkbox"/> Inapropiadas
	<input type="checkbox"/> Ni inapropiadas ni apropiadas
	<input type="checkbox"/> Apropiadas
	<input type="checkbox"/> Muy apropiadas

---

<b>7</b>	El aseo de la Institución, le pareció
----------	---------------------------------------

---

	<input type="checkbox"/> Muy malo
	<input type="checkbox"/> Malo
	<input type="checkbox"/> Ni malo ni bueno
	<input type="checkbox"/> Bueno
	<input type="checkbox"/> Muy bueno
	<input type="checkbox"/> No sabe no responde

---

<b>8</b>	La planta física del establecimiento de salud, le pareció
----------	---

---

	<input type="checkbox"/> Muy descuidada
	<input type="checkbox"/> Descuidada
	<input type="checkbox"/> Ni descuidada ni cuidada
	<input type="checkbox"/> Cuidada
	<input type="checkbox"/> Muy cuidada
	<input type="checkbox"/> No sabe/no responde

---

<b>9</b>	Las salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vio o las usó, le parecieron
----------	--

---

	<input type="checkbox"/> Muy incomodos
	<input type="checkbox"/> Incomodos
	<input type="checkbox"/> Ni incomodos
	<input type="checkbox"/> Cómodos
	<input type="checkbox"/> Muy cómodos

---

<b>10</b>	El trato que recibió del personal asistencial
-----------	---

---

	<input type="checkbox"/> Muy malo
	<input type="checkbox"/> Malo
	<input type="checkbox"/> Ni malo ni bueno
	<input type="checkbox"/> Bueno
	<input type="checkbox"/> Muy bueno
	<input type="checkbox"/> No sabe no responde

---

<b>11</b>	El trato recibido del personal administrativo es
-----------	--

---

	<input type="checkbox"/> Muy malo
	<input type="checkbox"/> Malo
	<input type="checkbox"/> Ni malo ni bueno
	<input type="checkbox"/> Bueno
	<input type="checkbox"/> Muy bueno
	<input type="checkbox"/> No sabe no responde

---

<b>12</b>	La Cooperación entre los funcionarios del establecimiento de salud.
-----------	---

---

	<input type="checkbox"/> Muy mala
	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Ni mala ni buena

---

- 
- Buena
  - Muy buena
  - No sabe no responde
- 

13 La capacidad de los profesionales

---

- Muy baja
  - Baja
  - Ni baja ni Alta
  - Alta
  - Muy alta
  - No sabe no responde
- 

14 La orientación que recibió para los cuidados de su salud en casa

---

- Muy insuficiente
  - Insuficiente
  - Ni suficiente ni insuficiente
  - Suficiente
  - Muy Suficiente
  - No sabe no responde
- 

15 Como califica la calidad del servicio recibido, de cero a cinco siendo cero pésimo y cinco excelente

---

- 0
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - No sabe no responde
- 

16 En general, la atención recibida le ha dejado

---

- Muy insatisfecho
  - Insatisfecho
  - Ni satisfecho ni insatisfecho
  - Satisfecho
  - Muy Satisfecho
  - No sabe no responde
- 

17 Volvería al establecimiento de salud

---

- Si
  - No
  - No sabe no responde
-

## ANEXO 3

### Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
<b>Funcionalidad de la capacidad resolutive</b>	Atributo de la red y sus establecimientos para facilitar el acceso a la prestación de servicios. (OPS/Guzmán, 2009)	Resultado de aplicación de encuesta (Escala Multidimensional EMFU-CARE de OPS/Guzmán, 2009): Ítems del 1 al 5	Accesibilidad	Ordinal: Mala (5-9 pts.) Regulares (10-14) Buenas (15-20)
			Comunicación	Ordinal: Mala (5- 7 pts.) Regulares (8-11) Buenas (12-15)
			Resultado de la atención	Ordinal: Mala (4- 6 pts.) Regulares (7-9) Buenas (10-12)
			Inequidad	Ordinal: Mala (5- 7 pts.) Regulares (8-11) Buenas (12-15)
			Metodología del trabajo en equipo	Ordinal: Mala (4- 6 pts.) Regulares (7-9) Buenas (10-12)
<b>Calidad de la atención</b>	Forma como percibe el usuario el servicio de salud que recibe (MPS, 2014)	Resultados de la aplicación del Inventario de percepción de Calidad de la Atención PECASUSS (Ministerio de la Prestación Social de Colombia), Ítems 1 al 17.	Nivel de calidad del servicio percibido	Ordinal: Mala 17-33 pts.  Regular 34-49 Pts.  Buena 50-63 pts.

## ANEXO 4

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE  
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ EXPERTOS

Nombre y apellidos: Tania Plasencia Alva  
Profesión: Obstetra  
Grado Académico: Magister  
Institución donde trabaja: Hospital I Florencia de Mora - EsSalud

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

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

Sugerencias:

.....  
.....

Tania Plasencia Alva  
Firma del juez experto (A)

CP: EsSalud

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ EXPERTOS

Nombre y apellidos: Marianela Edith Norvárez Paredes

Profesión: Obstetra

Grado Académico: Maestra en Salud Pública

Institución donde trabaja: MINSA

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con 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:

.....  
.....

  
Lic. Marianela E. Norvárez Paredes  
COP 19800

**OBSTETRA**  
Firma del juez experto (A)

CP:

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ EXPERTOS

Nombre y apellidos: MANUEL ALIPIO CEDANO GUADAMOS  
Profesión: MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y ONCOLOGICA  
Grado Académico: MAESTRO EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD  
Institución donde trabaja: INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS "Dr. Luis Pirillos Ganoza"

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con 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)

## ANEXO 5



### GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD RED DE SERVICIOS DE SALUD GRAN CHIMU

GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
UES N° 414 GRAN CHIMU  
RED DE SALUD GRAN CHIMU

## CONSTANCIA DE AUTORIZACION PARA EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

La Directora Ejecutiva y Responsable del Área de Capacitación e Investigación de la Red de Salud Gran Chimú — Unidad Ejecutora N° 414 Salud Gran Chimú, de la Gerencia Regional de Salud La Libertad, AUTORIZAN a:

a la Sra. CARLA IVONNE VITTERI EUSEBIO, identificada con DNI. N° 18120339, de profesión Licenciada de Obstetricia, con Colegio Profesional N° 10902, bajo la condición de Nombrada del Centro de Salud de Lucma, Distrito de Lucma, Provincia Gran Chimú, el mismo que pertenece a la Red de Servicios de Salud Gran Chimú, Unidad Ejecutora NQ 414-La Libertad; EJECUTAR el Proyecto de Investigación Titulado: "Dimensiones de la Funcionalidad de Capacidad Resolutiva relacionado con la Calidad de Atención desde la Percepción del Usuario, Centro de salud de Lucma".

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que crea conveniente.

"LA PRESENTE CONTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITES JUDICIALES CONTRA EL ESTADO"



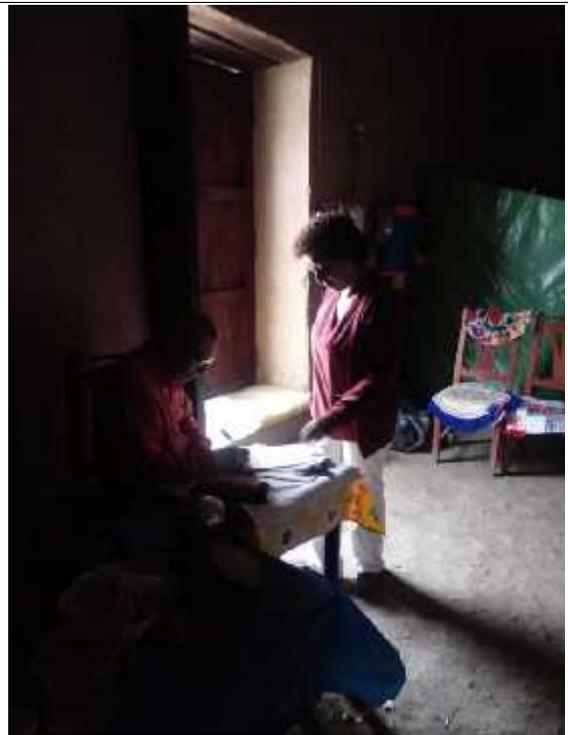
Dra. YASMIN GRACIELA SANCHEZ HIDALGO  
DIRECTOR EJECUTIVO  
RED DE SALUD GRAN CHIMU

Cascas, 23 de abril del 2019.

DR. HAYDEE J. SAAVEDRA RODRIGUEZ  
RESPONSABLE DEL AREA DE CAPACITACION E INVESTIGACION

RED DE SALUD GRAN CHIMU

**ANEXO 6**  
**REGISTRO FOTOGRÁFICO**



## ANEXO 7

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Dimensiones de la funcionalidad de capacidad resolutive y calidad de la atención desde la percepción del usuario. Centro de Salud Lucma.

Problema	Hipótesis	Objetivos	Método	Resultados	Conclusiones
¿Cuál es la relación entre la funcionalidad de la capacidad resolutive y la calidad de la atención desde la percepción del usuario en el Centro de Salud Lucma, de mayo a junio de 2019?	Existe una relación significativa entre la funcionalidad de la capacidad resolutive y la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud de Lucma, mayo-junio de 2019.	<p>General: determinar la relación entre la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción del usuario asistido en el Centro de salud de Lucma, mayo-junio de 2019</p> <p>Específicos:</p> <p>a) Identificar la relación entre la accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios</p> <p>b) Identificar la relación entre la comunicación inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios</p> <p>c) Identificar la relación entre los resultados de la atención inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios</p> <p>d) Identificar la relación entre las inequidades inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios</p> <p>e) Identificar la relación entre el trabajo en equipo inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios.</p>	Se desarrolló una investigación descriptiva correlacional aplicándose el Cuestionario Multidimensional EMFU-CARE de OPS/Guzmán, 2009 y el Cuestionario PECASUSS, del Ministerio de Prestaciones Sociales de Colombia (2014). Ambos cuestionarios fueron adaptados y validados para el presente estudio alcanzando coeficientes Alfa de Cronbach mayores de 0,800, con correlaciones de moderadas a altas. La población en estudio fue 109 usuarios. se desarrolló una investigación descriptiva correlacional aplicándose el Cuestionario Multidimensional EMFU-CARE de OPS/Guzmán, 2009 y el Cuestionario PECASUSS, del Ministerio de Prestaciones Sociales de Colombia (2014). Ambos cuestionarios fueron adaptados y validados para el presente estudio alcanzando coeficientes Alfa de Cronbach mayores de 0,800, con correlaciones de moderadas a altas. La población en estudio fue 109 usuarios.	Se encontró un mayor porcentaje usuarios que percibió a la funcionalidad de la capacidad resolutive del centro de salud Lucma como Regular (58,7%) y la calidad de la atención como Buena (74,3%); la accesibilidad inherente a la funcionalidad de la capacidad resolutive del Centro de Salud Lucma es Mayoritariamente Buena (65,1%); la Comunicación Regular (72,5%); el Resultado Bueno (94,5%); las inequidades Buena (74,3%) y el trabajo en equipo como Bueno en un (60,6%). Las razones cruzadas de mayor peso se dieron entre la accesibilidad Buena, comunicación Regular, Resultado de la atención Bueno, inequidad Regular y el trabajo en equipo Bueno, con la Calidad de la Atención Buena (42,2%, 51,4%, 69,9%, 73,4% y 39,4% respectivamente)	Se concluyó que existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la accesibilidad, la comunicación y el trabajo en equipo inherentes a la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios del Centro de Salud Lucma.

## ANEXO 9

### MATRIZ DE CONSISTENCIA DE UN PROYECTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

**Título:** Dimensiones de la Funcionalidad de la capacidad resolutive y calidad de la atención desde la percepción del usuario.  
Centro de Salud Lucma.

FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEORICO	DIMENSIONES	METODOS
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad de la capacidad resolutive y la calidad de la atención desde la percepción del usuario del Centro de Salud Lucma, Mayo – Junio, 2019?</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe relación significativa entre la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la relación entre la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma, Marzo – Abril, 2019.</p>	<p><b>V1:</b> Funcionalidad de la capacidad resolutive.</p>	<p>Atributo del establecimiento de salud, sobre lo que se establecen relaciones entre oferta y demanda en cuanto a prestaciones de servicios de salud (Figuroa 2015).</p>	<p>+Accesibilidad para la funcionalidad de la capacidad resolutive. +Comunicación para la funcionalidad de la capacidad resolutive. +Resultados de la atención como motivador de la funcionalidad de la capacidad resolutive. +Inequidad con reto a vencer a través de la funcionalidad de la capacidad resolutive. +Metodología de trabajo en equipo para la funcionalidad de la capacidad resolutive.</p>	<p><b>Diseño:</b> Descriptivo – correlacional de corte transversal</p>
<p><b>Problemas Específicos:</b> P1:¿Cuál es la relación entre la accesibilidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma?</p> <p>P2:¿Cuál es la relación entre la comunicación, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del</p>	<p><b>Hipótesis Especifica:</b> H1:Existe relación significativa entre la accesibilidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p> <p>H2:Existe relación significativa entre la comunicación, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del</p>	<p><b>Objetivos Específicos:</b> O1:Identificar la relación entre la accesibilidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma.</p> <p>O2:Identificar la relación entre la comunicación, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma.</p>	<p><b>V2:</b> Calidad de la atención.</p>	<p>Forma como percibe el usuario si el establecimiento de salud cumple con la entrega del servicio de salud ofertado(Laurenza, 2014; Figuroa, 2015).</p>	<p>*El trámite que hizo para ser atendido. *Si pago para ser atendido. *Minutos esperados desde que llegó hasta que lo atendieron. *El tiempo que tuvo que esperar, le pareció. *La solución que le dieron a su necesidad de salud por la que consultó este establecimiento, le pareció. *Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieran. *El aseo de la institución le pareció. *La planta física del hospital, le pareció *Las salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vio o las usó, le parecieron</p>	<p><b>Población:</b> La población de estudio lo constituyen los 520 (Promedio trimestral) usuarios de los servicios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p> <p><b>Muestra:</b> Lo constituyen 109 usuarios de los servicios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p>

<p>usuarios del Centro de Salud Lucma?</p> <p>P3:¿Cuál es la relación entre los resultados de la atención como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma?</p> <p>P4:¿Cuál es la relación entre la inequidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma?</p> <p>P5:¿Cuál es la relación entre la metodología de trabajo en equipo, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma?</p>	<p>Centro de Salud Lucma, 2019.</p> <p>H3:Existe relación significativa entre los resultados de la atención, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p> <p>H4:Existe relación significativa entre la inequidad, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p> <p>H5:Existe relación significativa entre la metodología de trabajo en equipo, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive con la calidad de atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma, 2019.</p>	<p>O3: Establecer la relación entre los resultados de la atención, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma.</p> <p>O4: Establecer la relación entre las inequidades, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma.</p> <p>O5: Establecer la relación entre la metodología de trabajo en equipo, como dimensión de la funcionalidad de la capacidad resolutive, con la calidad de la atención desde la percepción de usuarios del Centro de Salud Lucma.</p>			<p>*El trato que recibió del personal asistencial</p> <p>*El trato recibido del personal administrativo</p> <p>*La Cooperación entre los funcionarios del Hospital.</p> <p>*La capacidad de los profesionales</p> <p>*La orientación que recibió para los cuidados de su salud en casa</p> <p>*Como califica la calidad del servicio recibido, de cero a cinco siendo cero pésimo y cinco excelentes</p> <p>*En general, la atención recibida le ha dejado</p> <p>*Volvería al Hospital</p>	<p><b>Técnicas:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b> Cuestionario</p>
---	---	--	--	--	---	---

