



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la
calidad de atención y fidelización en usuarios externos,
Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTORA:

Mg. Rosa Vicenta Rodríguez García

ASESORA:

Dra. Celia Mercado Marrufo

SECCIÓN

Ciencias Empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Administración del talento humano

PERÚ – 2017

Página del Jurado

Dra. Gliria Méndez Lizarbe

Presidente

Dr. Chantal Jara Aguirre

Secretario

Dr. Ángel Salvatierra Melgar

Vocal

Dedicatoria

“Solo Dios es el verdadero sabio. (Martín Lutero)”

En primer lugar, quiero dedicar esta tesis a Dios todo poderoso, gracias a sus bendiciones y guía, yo he logrado uno de mis grandes anhelos, estudiar y obtener el grado de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad.

A mi Madre, quien siempre me apoyo desde la infancia para seguir adelante, por ella que es mi motor y energía, para lograr todas mis metas de vida, personal y profesional.

A mi querido Hermano por entenderme y apoyarme en mis sueños, sin su ayuda económica y moral, hubiese sido difícil continuar y lograr mis objetivos.

A todos los Pacientes del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, quienes me apoyaron en esta investigación, gracias por su actitud y colaboración.

Agradecimiento

Mi gratitud, a la Universidad Cesar Vallejo, a través de sus Autoridades, por acercar la institución a los profesionales del sector público; y a sus Profesores, quienes me brindaron muchos saberes y conocimientos, los cuales me servirán para aportar en la toma de decisiones en favor de la nueva gestión pública en el país, con una mirada desde la atención primaria de salud.

Mi agradecimiento infinito a todas las familias que son parte de la estrategia de salud familiar del Centro de Salud Villa Victoria, por su colaboración con esta investigación, porque gracias a su participación, se han obtenido datos sumamente importantes, que seguramente contribuirán a mejorar la calidad de atención y fomentar la fidelización de los usuarios a los servicios del sector salud.

Para mi amada Madre, mi Hermano, mi Cuñada y mis Sobrinos; porque son y serán lo más importante en mi vida, después de Dios; todo lo que he logrado es gracias a mi familia, porque son el estímulo que necesito para seguir adelante cada día y entender que no existe límite para el esfuerzo.

A mis compañeros, con los cuales compartí los años que duro mis estudios del Doctorado y a todas las personas anónimas que de una y otra manera, me facilitaron su ayuda para obtener el producto final de mi tesis

Declaratoria de Autoría

Yo, Rosa Vicenta Rodríguez García, estudiante de la Escuela de Postgrado, Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro la autenticidad del trabajo académico titulado: “Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad de atención y fidelización en usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2016”.

Por tanto, declaro bajo juramento lo siguiente:

La tesis es de mi autoría.

He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada total ni parcialmente.

La tesis no ha sido auto plagiada, es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para optar algún grado académico previo o título profesional.

Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la presencia de fraude, plagio, auto plagio, piratería o falsificación, asumo las consecuencias y de sanciones que de mi acción deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 14 de enero 2017

Rosa Vicenta Rodríguez García

DNI: 08813435

Presentación

Señores Miembros del Jurado, dando cumplimiento a las normas del reglamento de elaboración y sustentación de tesis de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, Filial Los Olivos para obtener el grado de: Doctor en Gestión Pública. y Gobernabilidad, presento el trabajo académico titulado “Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad de atención y fidelización en usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2016”.

Este trabajo, aspira a contribuir en el desarrollo de las acciones preventivas en la comunidad, lo que permitirá tener poblaciones saludables.

El documento describe los hallazgos de la investigación, consta de VIII capítulos. El primer capítulo se refiere a la introducción, que tiene que ver con el marco referencial y está constituido por los antecedentes, el marco teórico que fundamenta la investigación desde el punto de vista científico y técnico, además la formulación del problema de investigación, la justificación, objetivos e hipótesis del estudio. El segundo capítulo identifica el marco metodológico, que involucra la metodología, la identificación de las variables y su operacionalización, el tipo y diseño de estudio, la caracterización de los sujetos, la población, muestra y muestreo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el método de análisis de datos. El tercer capítulo presenta el análisis e interpretación de los resultados, desde el punto de vista descriptivo e inferencial. El cuarto expone la discusión de los hallazgos. El quinto capítulo detalla las conclusiones de la investigación y por último en los capítulos restantes se exponen las referencias bibliográficas, conjuntamente con los anexos correspondientes.

Índice

	Pag
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de Autoría	v
Presentación	vi
Índice	viii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Resumo	xiii
I. Introducción	
1.1 Antecedentes	15
1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística	22
1.3 Justificación del estudio	44
1.4 Problema	46
1.5 Hipótesis	59
1.6 Objetivos	61
II. Marco Metodológico	
2.1 Variables	64
2.2 Operacionalización de las variables	66
2.3 Metodología	68
2.4 Tipos de estudio	68
2.5 Diseño	69
2.6 Población, muestra y muestreo	70
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos Recolección de datos.	71
2.8 Métodos de análisis de datos	74
2.9 Aspectos éticos	75
III. Resultados	
3.1 Información general	77

3.2 Estadística Descriptiva	78
3.3 Análisis Inferencial	86
IV. Discusión	95
V. Conclusiones	103
VI. Recomendaciones	106
VII. Referencias	108
Anexo	
Anexo 1. Ficha de Información General sobre Jefe de Familia	122
Anexo 2. Instrumento de Medición de Variable Dependiente: Percepción de la Calidad en la Atención	123
Anexo 3. Instrumento de Medición de Variable Dependiente: Fidelización	126
Anexo 4. Matriz de Consistencia	129
Anexo 5. Consentimiento Informado	133
Anexo 6. Desarrollo del Programa de Intervención Educativa Comunitaria	135
Anexo 7. Constancia emitida por la institución que autoriza la realización del estudio.	144
Anexo 8. Formato de Validación de instrumentos	145

Lista de tablas

Tabla 1.	Cronograma de actividades de la intervención educativa	64
Tabla 2.	Variable dependiente 1: percepción de la calidad en la atención	66
Tabla 3.	Variable Dependiente 2: Fidelización.	67
Tabla 4.	Fiabilidad de instrumentos	72
Tabla 5.	Baremo de Recategorización	75
Tabla 6.	Información general	77
Tabla 7.	Nivel de percepción de la calidad, antes y después de aplicar la	78
Tabla 8.	Nivel antes y después de la intervención en las dimensiones de la variable dependiente de percepción de la calidad en la atención	80
Tabla 9.	Nivel antes y después de la intervención en la variable dependiente fidelización.	83
Tabla 10.	Nivel antes y después de la intervención en las dimensiones de la variable dependiente fidelización.	84
Tabla 11.	Estadístico de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.	87
Tabla 12.	Estadísticos de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de las dimensiones de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.	89
Tabla 13.	Estadístico de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de la variable dependiente fidelización.	91
Tabla 14.	Estadísticos de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de las dimensiones de la variable dependiente fidelización.	93

Lista de figuras

- | | |
|---|----|
| Figura 1. Comparación de resultados antes y después de la intervención en la variable dependiente percepción de la calidad de atención. | 79 |
| Figura 2. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión tangibilidad de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención. | 81 |
| Figura 3. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión tangibilidad de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención. | 81 |
| Figura 4. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión capacidad de respuesta de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención. | 82 |
| Figura 5. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión empatía de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención. | 82 |
| Figura 6. Comparación de resultados antes y después de la intervención en la variable dependiente fidelización. | 83 |
| Figura 7. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión personalización de la variable dependiente fidelización. | 85 |
| Figura 8. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión práctica de la variable dependiente fidelización. | 85 |
| Figura 9. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión habitualidad de la variable dependiente fidelización. | 86 |

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos en el centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo-Perú, año 2016, la muestra seleccionada correspondió a 80 cabezas de familia del Programa de familias saludables, que desarrolla el establecimiento de salud, en esa comunidad.

El estudio de acuerdo a su naturaleza fue de enfoque cuantitativo, teniendo en consideración su finalidad fue una investigación aplicada, por su alcance temporal se trató de una investigación de corte longitudinal prospectivo. El diseño por su carácter fue experimental del tipo cuasi experimental pretest posttest y grupo único. En cuanto a la recolección de datos se realizó a través de instrumentos: pretest y posttest, los cuales fueron aplicados a una muestra no probabilística intencionada.

En referencia a los resultados y conclusiones, se tiene que la implementación de una estrategia educativa comunitaria tiene un efecto significativo sobre la percepción de la calidad de la atención ($Z\alpha: -1,96 > Z_e: -9,118b$ [$p: 0,00 < \alpha: 0,05$]) y la fidelización [$Z\alpha: -1,96 > Z_e: -6,733b$ [$p: 0,00 < \alpha: 0,05$]).

Palabras clave: Estrategia de intervención educativa, percepción de la calidad de atención, fidelización

Abstract

This research aimed to determine the effect of community educational intervention on the perception of quality of care and loyalty external users in the health center Villa Victoria Porvenir, Surquillo-Peru, 2016, the selected sample corresponded to 80 householders healthy families Program, which develops health facility in the community.

The study according to their nature was quantitative approach, taking into consideration its purpose was applied research, for temporary treatment scope of an investigation prospective longitudinal. The design was experimental character of quasi-experimental pretest and posttest single group. As for data collection it was done through instruments: pretest and posttest, which were applied to an intentional non-probabilistic sample.

Regarding the results and conclusions must be the implementation of a community education strategy has a significant effect on the perception of quality of care ($Z\alpha: -1.96 > Z_e: -9,118b$ [$p: 0.00 < \alpha: 0.05$]) and loyalty [$Z\alpha: -1.96 > Z_e: -6,733b$ [$p: 0.00 < \alpha: 0.05$]].

Keywords: educational intervention strategy, perception of quality of care, loyalty

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo determinar o efeito de uma intervenção educacional na comunidade sobre a percepção da qualidade de utilizadores externos de cuidados e de fidelidade no centro de saúde Villa Victoria Porvenir, Surquillo-Peru, 2016, a amostra selecionada correspondeu a 80 chefes de família Programa de famílias saudáveis, que desenvolve unidade de saúde na comunidade.

O estudo de acordo com a sua natureza era abordagem quantitativa, tendo em conta o seu objectivo foi aplicada a pesquisa, para o escopo tratamento temporário de uma investigação cortando prospectivo. O projeto era de carácter experimental de pré-teste quasi-experimental e único grupo pós-teste. Quanto à coleta de dados foi feita através de instrumentos: pré-teste e pós-teste, que foram aplicados a uma amostra não-probabilística intencional.

Referindo-se aos resultados e conclusões deve ser a implementação de uma estratégia de educação da comunidade tem um efeito significativo sobre a percepção da qualidade dos cuidados ($Z\alpha: -1,96 > Z_e: -9,118b$ [$p: 0.00 < \alpha: 0,05$]) e lealdade [$Z\alpha: -1,96 > Z_e: -6,733b$ [$p: 0.00 < \alpha: 0,05$]).

Palavras-chave: estratégia de intervenção educativa, a percepção da qualidade dos cuidados, a lealdade

I. Introducción

1.1 Antecedentes

Antecedentes nacionales.

Chávez, (2012) en su tesis doctoral de la Universidad Alas Peruanas: *Aplicación del programa educativo “Escolar sano con alimentación saludable y su influencia en el nivel cognitivo y en las practicas nutricionales de las madres de la I.E. 2009 El Sol-Distrito de Huaura (periodo 2010-2011)*. El diseño utilizado fue cuasi experimental, poniendo a prueba un programa educativo nutricional, permitiendo a las madres de familia superar hábitos alimentarios incorrectos, así se informaron que una alimentación rica en nutrientes esenciales y en cantidades apropiadas ayudará a sus hijos a un normal crecimiento y desarrollo. La investigación aplico las características básicas de la orientación educativa y las estrategias de alimentación y nutrición saludable, lo cual permitió sustentar las bases para la elaboración de un programa educativo; demostrando su eficacia con madres de familia de niños y niñas de primaria contribuyendo de este modo a la promoción de una cultura alimentaria orientada al desarrollo integral de los escolares.

Sánchez, (2014) en su tesis doctoral de la Universidad de Málaga: *Programa Educativo para promover la higiene personal en estudiantes del primer grado de educación secundaria en las instituciones educativas estatales de la provincia de Chiclayo*. Investigación de tipo cuantitativo-cualitativo, diseño cuasi experimental con dos grupos control y dos grupos experimentales utilizando grupos escolares intactos cuyos estudiantes no se asignaron al azar porque ya estaban agrupados en secciones con anterioridad a la realización del experimento y cada uno de ellos constituyo los grupos experimental y de control. Los resultados cualitativos y cuantitativos, demostraron la efectividad del programa educativo para promover la higiene personal en los estudiantes del primer grado de educación secundaria de instituciones educativas estatales.

Ruiz, (2010) en su tesis doctoral de la Universidad Ramón Llull: *Mejora de las condiciones de vida de las familias porcicultoras del Parque Porcino de Ventanilla, mediante un sistema de biodigestión y manejo integral de residuos sólidos y líquidos, Lima, Perú*. En el marco del trabajo de investigación, analizaron, adaptaron y se hizo viable la aplicación de las tecnologías existentes a

la utilización de las excretas y orines de los cerdos y de las aguas residuales de las viviendas como materia prima para la producción de biogás y otros subproductos, que sirven como: fuente de energía de insumos para la producción orgánica, para el uso racional del agua, la planificación del territorio y sobre todo para la mejora de los ingresos de las familias, todo ello priorizando el uso de los recursos locales y asumido por las familias para su operación, mantenimiento y réplica, lo cual significó trabajar en una metodología participativa involucrando a las familias en todo el proceso, además de capacitarlas en el uso de tecnologías.

Urure, (2007) en su tesis de doctorado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: *Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006*. El estudio fue descriptivo transversal, y la muestra estuvo constituida por 145 pacientes post operados de 2 a 4 días; en la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo escala Likert con 30 reactivos y otra escala para determinar la atención de enfermería post operatoria. Se concluyó que los pacientes del servicio de cirugía se sienten parcialmente satisfechos con la atención de enfermería postoperatoria recibida.

Fernández, (2012) en su tesis de grado de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo palma: *Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis por catéter venoso central del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Lima 2011*. Es un estudio de diseño cuasi-experimental (un solo grupo de estudio), de tipo longitudinal, con una muestra no probabilística de 16 pacientes, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, que evaluó conocimiento sobre autocuidado de hemodiálisis por catéter venoso central. En conclusión, la actividad educativa de la enfermera modifica el nivel de conocimiento en el autocuidado de los usuarios que reciben tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central luego de ser aplicado, lo cual fue demostrado a través de la prueba T de student obteniéndose un $T_{calc} = 9.46$ con un nivel de significancia de $X = 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis de estudio, en la que la intervención de enfermería incrementa significativamente el nivel de conocimiento sobre temas relacionados a su autocuidado en la prevención de

complicaciones.

Antecedentes internacionales.

Arancibia, (2010) en su tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Madrid acerca de: *Factores que influyen en la lealtad de clientes con cuenta corriente en la banca chilena*. Tuvieron como fuente de información a un equipo de expertos, clientes con cuenta corriente, bibliografía de investigaciones anteriores en relación al tema de lealtad de clientes e información secundaria, como estudios realizados a bancos en Chile, además de información obtenida de la encuesta a los clientes con cuenta corriente. Ellos entre sus conclusiones consideran que respecto a los determinantes de la fidelidad o factores que la afectan, se ha demostrado empíricamente que la calidad del servicio afecta la satisfacción del cliente y que ésta, a su vez, afecta la fidelidad y también aparecen como factores que influyen sobre la lealtad, la imagen y la personalización del trato al usuario.

Palacios (2013) en su tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Madrid: *Valoración psicométrica de la escala QPSC de calidad percibida en servicios socioculturales locales*. Utilizaron para estudiar la validez y la fiabilidad, los datos provenientes de su aplicación en cuatro servicios socioculturales locales, dos de ellos localizados en el municipio del ayuntamiento donde se diseñó la escala, los otros dos servicios se ubicaron en dos municipios distintos; en cada uno de ellos se aplicó la escala QPSC en dos ocasiones diferentes, de tal manera que en suma, dispusieron de ocho conjuntos de datos, dos por cada servicio sociocultural. Entre sus conclusiones, plantean que la satisfacción es un estado psicológico, una actitud, que el cliente puede expresar en un continuo ordinal de valoración; esto es justamente lo que hace posible medirla mediante una escala de actitudes y es posible dentro del marco de opinión de expertos, afirmar que: (i) la satisfacción del cliente es en último término, una evaluación de la experimentación del servicio, que varía a lo largo de un continuo, que va desde lo más favorable a lo más desfavorable y que por consiguiente, puede ser medida empleando los instrumentos oportunos, (ii) la calidad percibida, es un constructo con varios componentes, con diferentes elementos que la determinan.

Carrilero (2011) en su tesis doctoral en la Universidad Politécnica de

Valencia: *Análisis de un modelo de diferenciación efectiva en base a la optimización de la lealtad de clientes en el sector turístico*. Análisis relaciones de causalidad entre constructos que no son medibles de un modo directo, pero que se manifiestan a través de ciertas características observables; el tipo de análisis causal utilizado fue el modelo de estructura de covarianza; el cual les permitió abordar de manera cualitativa y cuantitativa y desde la perspectiva del cliente, si una filosofía cliente céntrica adoptada por los hoteles reporta valor al cliente y ayuda a generar lealtad. Concluye, que el valor de la atención percibido por el cliente, también afecta positivamente en los costos de cambio, esto influye sobre las decisiones de los clientes de permanecer en la relación tanto de forma directa como a través de dos de las variables que mayor peso tienen en estos procesos: la satisfacción y la confianza.

Civera, (2008) en su tesis doctoral de la Universitat Jaume: *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido*. Llevó a cabo una investigación cualitativa, a través de dinámicas de grupo entre gestores clínicos de tres hospitales, personal médico y de enfermería, integrantes de los servicios de salud, en el estudio aplicaron una escala de calidad general, a través de la técnica del brainstorming y grupo nominal. Concluyeron que a los pacientes les interesa y se sienten satisfechos en función del grado de funcionalidad, amplitud, comodidad y agradabilidad del ambiente, además que influye la satisfacción con el personal médico y de enfermería.

Gamella (2013) en su tesis doctoral de la Universidad Complutense de Madrid: *Análisis del impacto de la unidad de atención e información a la familia del paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos*. Desarrollaron un estudio cuasi experimental de un antes y un después, la población diana del estudio estuvo constituida por todas las personas, familiares y acompañantes, que acuden con el paciente al Servicio de Urgencias. Concluye entre otras cosas que: (i) el recibir información acerca de la evolución del familiar, facilita el acompañamiento, (ii) el ofrecer intervenciones de educación para la salud, facilita el acompañamiento y ha dinamizado los tiempos de espera, mejorando la tolerancia al mismo, (iii) el conocimiento continuo de la situación clínica del paciente y poder acompañarle con más frecuencia, ha favorecido que los familiares y

acompañantes decidan retomar sus actividades cotidianas no permaneciendo en la sala de espera de forma continua, lo que contribuyó a disminuir la saturación en la misma.

García (2007) en su tesis doctoral de la Universidad de Cádiz: *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. Las técnicas de investigación utilizadas, fueron de tipo cualitativo, concretamente utilizaron la técnica de grupo nominal, “Brainstorming” o “tormentas de ideas” y grupo de discusión. La inclusión de indicadores de liderazgo, de planificación estratégica, recursos, gestión de procesos, satisfacción de profesionales e impacto en la sociedad representan una propuesta novedosa que aporta nuevos enfoques a la hora de transitar por el camino de la mejora de la calidad en los hospitales.

Londoño (2014) en su tesis doctoral de la Universidad Rey Juan Carlos: *Impacto de los programas de fidelización y la calidad de la relación sobre la lealtad al establecimiento minorista*. Para el desarrollo de la investigación, realizaron la revisión técnica de los conceptos del marketing relacional, la lealtad y los programas de fidelización, examinando los principales estudios empíricos alrededor de esos temas; además validaron las escalas de medición utilizadas, a través de un análisis factorial confirmatoria y las hipótesis fueron contrastadas con la técnica de modelos de ecuaciones estructurales. En conclusión, tanto la calidad de la relación como los programas de fidelización, tienen un impacto significativo sobre la lealtad, considerando que las relaciones entre satisfacción, confianza, compromiso y lealtad son válidas.

Sánchez (2007) en su tesis doctoral de la Universidad de Málaga: *El valor del cliente como herramienta estratégica de gestión en un mercado industrial*. Pretendió analizar cuáles son las variables del cliente que son necesarias medir, para conocer a aquellos que son más valiosos para una empresa, los que contribuyen a que ésta crezca, para así poderlos clasificar, para tal fin las variables que analizaron fueron la satisfacción, calidad percibida, confianza, valor recibido y modo en que se gestionan las reclamaciones e incidencias. Ellos entre sus conclusiones, plantean que el no tener adecuadamente clasificados a los clientes o que solo se tenga en consideración su contribución a la cuenta “contable” de

resultados, estén realmente destruyendo valor para la empresa, por no estarse midiendo adecuadamente el valor real que cada cliente aporta.

Imbroda, (2014) en su tesis doctoral de la Universidad de Málaga: *Gestión deportiva. Análisis de la fidelización y la satisfacción del usuario de centros deportivos*. En la primera fase de la investigación, utilizó el método de encuesta presencial a los usuarios de instalaciones deportivas municipales; en la segunda fase incluyó el método de encuesta presencial a los técnicos deportivos de las instalaciones municipales, siendo el entrevistador la misma persona en todos los casos, para que la unidad de medida fuese lo más racional posible. En conclusión, los usuarios escogen los centros deportivos municipales por comodidad, por cercanía a su domicilio, por precios asequibles, además se valora muy positivamente los recursos humanos de los que dispone la organización, creando lazos afectivos.

Rivero (2003) en su tesis doctoral en la Universidad Complutense de Madrid: *Factores de fidelización de clientes de operadores de telecomunicaciones en España*. Para la identificación de los factores explicativos de la fidelización de los clientes, y ante las limitaciones de las técnicas de previsión tradicionales y aquellas grupales basadas en la interacción directa de la información subjetiva, el investigador optó por la aplicación del método Delphi, entendido como un proceso sistemático e iterativo encaminado hacia la obtención de las opiniones, y si es posible del consenso, de un grupo de expertos. El estudio reveló que brindar un servicio de calidad, es el principal factor fidelizador de los grandes clientes empresariales hacia su proveedor de telecomunicaciones.

Vélez (2012) en su tesis doctoral Universidad de Valencia: *Diseño y evaluación de un programa de capacitación a padres de niños con parálisis cerebral: Estrategia para el uso de los SCAA*. La perspectiva metodológica utilizada fue descriptiva, con un diseño de estudio de caso y de enfoque cualitativo. Desde una mirada basada en los resultados de la fase de intervención, los investigadores consiguieron diseñar y probar la efectividad del programa de capacitación, lo cual estuvo relacionado con el conocimiento y las destrezas que los padres adquirieron, lo que los capacitó para ser facilitadores del desarrollo de las destrezas de

comunicación de sus hijos; así como con el tipo de actividad que realizaron con los niños.

Vieira (2015) en su tesis doctoral de la Universidad de Extremadura: *Marketing de relaciones. Fidelización de clientes en el sector público de la salud en Portugal-Región de Alentejo*. La investigación se basó en la revisión de las variables de marketing relacional para conocer el grado de satisfacción y lealtad del cliente en el sector de la salud pública. Entre las conclusiones figura que, en la fidelización, el factor humano, es uno de los principales elementos distintivos, sobre todo, en relación, a la comunicación, la confianza, la cooperación y el compromiso con la dependencia al establecimiento de salud.

Mateo et al (2013) en su trabajo de investigación: *Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida*. El diseño utilizado fue cuasi experimental pre-post de un solo grupo. La población de estudio fue 8964 pacientes. Los resultados muestran mejoras significativas en parámetros como ansiedad (RL 657,64; $p < 0,001$), malestar emocional (RL 757,44; $p < 0,001$), sentido de la vida (RL 248,30; $p < 0,001$) y sentimientos de paz y perdón (RL 190,94; $p < 0,001$). En conclusión, el efecto positivo de la intervención psicosocial en la reducción de los parámetros psicológicos y espirituales evaluados sugiere que esta es eficaz en el contexto de la atención a personas con enfermedades avanzadas.

Cañas et al (2010) en su trabajo de investigación: *Intervención educativa sobre el VIH con adolescentes de la Escuela Militar "Camilo Cienfuegos de Arroyo arenas*. Estudio de intervención, con diseño cuasi experimental (antes y después sin grupo control). La población estudiada fue 200 individuos. Las fuentes principales de conocimiento mediante las cuales los estudiantes recibieron información sobre el VIH resultaron la televisión, los padres, profesores y afiches. Los niveles de conocimientos sobre las vías de transmisión, etiología y terapéutica del VIH fueron adecuados; sin embargo, no fue así en los aspectos clínicos y de prevención de la enfermedad. Después de la intervención se elevaron de forma significativa los conocimientos generales (de 73 a 92 %) y clínicos (de 15 a 72 %), así como los relacionados con la transmisión (de 92 a 94%) y a la prevención (de

77 a 80 %). En conclusión, la implementación de una estrategia de capacitación sobre el VIH, logró mejorar el conocimiento de este aspecto en este grupo de adolescentes.

1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística

Contextualización de las variables.

Estrategia de intervención educativa en salud: discursos, expectativas, teorías y modelos.

Existen los siguientes conceptos, que continúan vigentes:

Dentro de la actual coyuntura que enfrentan los países latinoamericanos en el orden social, económico y político, dentro y fuera del sector Salud, es pertinente retomar los siguientes conceptos: "a) Los problemas de salud hacen parte de un proceso histórico y por lo tanto se deben proponer soluciones contando con la participación de todos en ese proceso. Las soluciones propuestas dejan de ser exclusivamente técnicas para enmarcarse en una dimensión política. b) El proceso de desarrollo de recursos humanos en salud debe estar alimentado simultánea y permanentemente por análisis estructurales que apoyen la realización de los objetivos generales a largo plazo, y por análisis coyunturales que permitan las adaptaciones y el aprovechamiento de las oportunidades de acción inmediata". Para alcanzar la meta de salud para todos, los sistemas de salud existentes en la mayoría de los países, tendrán que sufrir amplios y profundos cambios, y esos cambios deben lograrse en el contexto de la atención primaria. Cada país habrá de enfrentar esta transformación teniendo en cuenta sus propias características y posibilidades; sin embargo, hay ciertas medidas que tienen aplicación universal, como el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Davini, 1995, p. 9).

Moreno, (2004) en su tesis doctoral: Una concepción pedagógica de la estimulación motivacional en el proceso de enseñanza-aprendizaje, expresa la importancia que tiene la motivación para las intervenciones educativas y para tal efecto indica que, el término motivación está presente permanentemente en todo proceso de enseñanza aprendizaje, es usado con frecuencia para describir los móviles que dan dirección, intensidad y persistencia a la conducta dirigida al logro de objetivos y metas de aprendizaje. “Como acción de dirección, la estimulación motivacional supone su integración a los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, a las relaciones entre ellos y al propio proceso como un todo” (p. 58).

Las intervenciones de salud pública, para el desarrollo de competencias saludables, deben estar encaminadas a modificar el medio ambiente y los factores macro sociales. Las intervenciones individuales deben dejarse de lado y pasar a un enfoque de perspectiva comunitaria incluyéndola como objeto, sujeto y espacio de intervención. En consecuencia las intervenciones deben ser realizadas en términos de motivación y educación para mejorar los hábitos de alimentación saludable y otras conductas en estilos de vida (Martínez, Rodríguez & Paz, 2008).

Aproximarnos a la salud desde una perspectiva amplia implicará retos al trabajar por promoverla e ir más allá de minimizar riesgos, disminuir prevalencias y afectar positivamente datos. La salud asociada a calidad de vida y a mejores posibilidades de desarrollo, es un derecho que debe ser garantizado. Para promoverla se debe habilitar y empoderar a personas y grupos para potenciar en individuos y comunidades la capacidad de gestionar posibilidades reales de salud y bienestar (Cabrera et al, 2001).

Entender integral y holísticamente el concepto de salud, ayudará a ser cada vez más conscientes de que las intervenciones van más allá de lo puntual, reforzando lo existente y abren espacios concretos de posibilidades para promover la salud. En tal contexto, las intervenciones implican la gestión de condiciones que posibiliten tanto a nivel individual, como colectivo los mecanismos para conservar la salud y reconocer, priorizar, afectar y mejorar los factores que ayudan a las personas a permanecer saludables (Pimentel, Sanhueza, Gutiérrez & Gallegos, 2014).

Se plantea que:

Los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito comunal, particularmente aquellos que han evolucionado a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y el receptor pasa de una actitud pasiva a otra activa y responsable. Los programas de educación a la comunidad, se han desarrollado tradicionalmente en los niveles secundario y terciario de atención y se han dirigido específicamente al paciente, sin incorporar al grupo familiar; sin embargo, con la readecuación del modelo de salud, el nivel primario asume la responsabilidad de la educación y la detección temprana de los pacientes en la comunidad; estas acciones proporcionan una oportunidad de desarrollar estrategias educativas activas y participativas que trasciendan la visión asistencial y local hacia un enfoque más activo de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades agudas y crónicas prevalentes (Aráuz et al., 2001, p. 146).

Las relaciones sinérgicas entre los impactos de las múltiples intervenciones sociales y en la salud son difíciles de cuantificar, principalmente cuando están dirigidas a promover la salud; desafortunadamente, la recolección e interpretación de estos datos es difícil, al no poder presentar plenamente el resultado de una intervención dada. La implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana (Fernández & Manrique, 2010; De la Cruz, 2011).

Al analizar cómo se cumplen las estrategias referidas respecto a la promoción de la salud se observa que las actividades dedicadas a la educación para la salud se realizan de forma individual el día de la consulta de seguimiento. Se requiere fomentar la corresponsabilidad, la coordinación de las políticas de promoción de salud en los diferentes sectores y organizaciones involucrados, aunque en la práctica no existen los espacios para el desarrollo de actividades

grupales y es insuficiente la preparación de los recursos humanos en los aspectos teóricos y prácticos de la promoción y la educación para la salud. Este análisis, entre lo que se aspira para la promoción de la salud dado por las estrategias y la descripción de lo que ocurre en realidad, impone la necesidad de buscar vías concretas para lograr una promoción de la salud más efectiva, específicamente en los grupos priorizados por el sistema de salud (Espinoza, Viciano, Oliva & Pelayo, 2010).

La educación para la salud de la comunidad debe partir del diagnóstico de sus problemas, y del conocimiento de las condiciones favorables de interacción y colaboración que pueden ser interpretadas y reorganizadas con el objetivo preciso de favorecer el desarrollo de la comunidad, en condiciones sociales adecuadas para el despliegue máximo de sus posibilidades, esto significa hacerlos aptos, habilitarlos para el cambio individual, grupal; ganar capacidades para cambiar comportamientos que dependan de factores ambientales, socioculturales, a través de un conjunto de actividades estrechamente interrelacionadas, que sirvan de herramienta para alcanzar la promoción de la salud (Alves et al, 2012; Romero, 2003).

Dentro de ese marco, se plantean algunas concepciones:

Estas sirven para explicar el modelo de investigación para esta variable: (a) teoría conductista de Skinner: que conceptualiza el aprendizaje como una modificación relativamente estable de la conducta del organismo, como resultado de determinados tipos de experiencias acumulativas que le posibilitan asociar estímulos y respuestas; para lograr una conducta o su modificación, se usan estímulos o reforzadores externos tanto positivos como negativos, que tienen la facultad de incrementar su ocurrencia ya sea para obtener una gratificación o para evitar un efecto desagradable, (b) teoría cognitiva de Kurt Lewin: que refiere la pertinencia de esclarecer el funcionamiento de la estructura interna del individuo, en especial del pensamiento, como mediatizadora del aprendizaje, así es como establecen distintos tipos de relaciones entre el aprendizaje y el

desarrollo psicológico, de ahí el carácter constructivista de sus posiciones, que se enfoca en la manera que las personas procesan la información, la interpretan y la convierten en significados personales, (c) teoría humanista de Maslow y Murray: se centra en los seres humanos como totalidades dinámicas y actualizantes, poniendo énfasis en el estudio de los fines últimos de la existencia humana en relación con el contexto interpersonal y social, de ahí que sus posiciones sean tan atractivas y cercanas a los ideales de dignidad y respeto al ser humano (Moreno, 2005).

Tales consideraciones, habrán de tenerse en cuenta al realizar intervenciones educativas para promover la salud de la comunidad, pues las estrategias globales para su desarrollo, deben ser organizadas según condiciones concretas. La estrategia de promoción de la salud, para intervenir sobre las condiciones y estilos de vida, requiere como elemento indispensable la acción intersectorial y la necesidad de actuar sobre los factores generales del ambiente físico y social que favorecen las condiciones y comportamientos de riesgo, que se pretende modificar, implica también la participación y el compromiso de actores y sectores sociales con capacidad de decisión sobre la economía, la educación, el trabajo, el saneamiento, el hábitat, la legislación, la recreación, la seguridad, la comunicación social, entre otros (Beltrán et al, 2007).

Otro planteamiento, sugiere que:

Para lograr una verdadera articulación, que contemple los intereses y objetivos de todos los actores y sectores sociales de una determinada comunidad, es necesaria la creación o la búsqueda de algún espacio preexistente de deliberación y concertación a nivel local, que indudablemente, es el establecimiento de salud. Al constituirse en una instancia de asistencia de los integrantes de la comunidad, donde ellos perciban que responde a sus necesidades de salud, entonces se verán comprometidos y participaran en las acciones preventivas promocionales emprendidas.

La educación para la salud, a través del tiempo ha sido utilizada para

proporcionar información y conocimientos relacionados a la salud de manera informal a través de conocimientos empíricos, acciones realizadas a través de la familia y la sociedad; ha evolucionado de ser informativo y prescriptivo (indicaciones específicas por el personal de la salud) a intervenciones destinadas a modificar conducta y estilos de vida, éste último basado en diferentes modelos; el primer modelo, creencias en la salud, las cuales influyen de manera significativa en la toma de decisiones relacionadas con la salud, siendo necesaria estimular a la acción a través de información proporcionada por los profesionales de la salud para provocar que la nueva conducta se ponga en marcha.

Otro modelo, es basado en comunicación persuasiva conocido por las siglas KAP (conocimientos, actitudes y prácticas) basado en otorgar información a los individuos, grupos y colectividades y que al adquirir conocimientos habría cambios de actitud y por consiguiente cambio de hábitos sin considerar que los medios de comunicación influyen en la determinación de los comportamientos.

El modelo “precede” es una de las metodologías de manera formal de otorgar conocimientos, realizando primero un diagnóstico epidemiológico y social identificando necesidades de salud, detectando 25 factores predisponentes, factores que lo hacen posible y factores de refuerzo que influyen en el comportamiento que se pretende incorporar, a partir de este proceso se realizan objetivos educacionales que si se logran tendrán impactos en los objetivos de comportamiento; éstos modelos están enfocados al individuo en particular sin consideran que las condiciones externas también influyen en la conducta del individuo. Posteriormente, se consideran la influencia de los factores sociales, ambientales y desigualdad económica para modificar las condiciones de salud, y es donde se centra la educación para la salud en la búsqueda participativa sin dejar al margen la estructura social, basándose principalmente en una educación popular, para lograr cambios en esa estructura, que es donde se originan las enfermedades (De la Cruz, 2011; p. 24).

Para empoderar a la comunidad es necesario otorgarles las herramientas necesarias para que como organización identifiquen los elementos favorables y desfavorables y con ello lograr mejor bienestar. Para otorgar las herramientas

educativas y obtener resultados significativos es prioritario conocer los diferentes estilos de aprendizaje entendido éste como la particularidad de los individuos de incorporar nuevos conocimientos. Hablar de intervención educativa con personas adultas, implica necesariamente tener una concepción dinámica de las sociedades humanas. Sociedades, que tras un largo rodaje evolutivo se caracterizan fundamentalmente por su dinamismo, por sufrir cambios más o menos grandes y más o menos rápidos, que exigen a sus individuos el conocimiento y el dominio de multitud de recursos de toda índole, para en primer lugar sentirse integrados en ellas, y en segundo lugar sentirse sujetos activos y protagonistas de las vidas que les ha tocado vivir (Touriñán, 2011).

Desarrollo de los conceptos de Intervención socioeducativa, Educación para la salud y sus implicancias epistemológicas.

De acuerdo con el marco epistemológico, se argumenta que:

Es en el paradigma interpretativo-hermenéutico, el cual está enfocado en la comprensión, el significado y la acción del mosaico social, donde se ubican las intervenciones educativas. En este paradigma, sus designios primordiales están encaminados a la comprensión de la conducta humana a través del develamiento de los significados sociales. Este tipo de enfoque se concentra en la comprensión del mundo particular de los hombres, cómo descifrar las situaciones y los significados que tiene el ser humano en sus finalidades, opiniones, motivaciones y expresiones.

El paradigma interpretativo-hermenéutico procura: “Reconocer la diferencia existente entre los fenómenos sociales y naturales, buscando la mayor complejidad y el carácter inacabado de los primeros, que están siempre condicionados por la participación del hombre. Abarca un conjunto de corrientes humanístico-interpretativas, cuyo interés fundamental va dirigido al significado de las acciones humanas y de la vida social. Concibe la educación como proceso social, como experiencia viva para los involucrados en los procesos y para las instituciones educativas (Murillo, 2012; p. 7).

En esta investigación la estrategia de “intervención educativa comunitaria”, está enmarcada en el concepto de Educación para la salud-EpS. Es necesario recalcar que, existen dificultades para definir “intervención”, según Sáez (1993, mencionado por Villegas, 2005, pág. 25), conduce a una idea bastante tecnológica de los procesos de acción social. Es un término que ha cobrado bastante fuerza y es de uso común actualmente. Existen, diferentes “métodos de intervención”: (i) desde las aportaciones del trabajo social, (ii) desde las aportaciones de la comunidad y el desarrollo local, (iii) desde la educación para adultos (Villegas, 2005, pág. 26). En la presente investigación se ha realizado una mezcla de la intervención educativa comunitaria y la intervención educativa en adultos.

En relación al concepto de Educación para la salud, es un concepto, que en ocasiones es difícil diferenciarlo del concepto de Educación sanitaria. Se intentara establecer elementos de diferenciación, aunque son tan sutiles que diera la impresión que significa lo mismo. Sin embargo desde su origen, se puede establecer una diferencia, en donde la educación sanitaria nace del concepto de salud pública y la de educación para la salud lo hace de la salud comunitaria.

Desde su concepción la EpS contempla al individuo no como un elemento pasivo de su intervención, sino que éste participa activamente en el incremento y mejora de su propia salud. Admite que la conducta humana no sólo está determinada por decisiones propias y factores internos individuales, sino también, por elementos externos ambientales, de manera que ante determinados condicionantes exógenos, difícilmente habrá modificaciones de la conducta individual. De esta manera, toda la comunidad debe intervenir en la educación para la salud. Como consecuencia de la sensibilización creada por la misma, se produce una autorresponsabilidad en el cuidado y promoción de la salud, que puede llegar a una modificación de actitudes, y en algunos casos de comportamientos, hacia estilos de vida más saludables. La educación para la, salud informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia estas metas (Gavidia, Rodes & Carratalá, 1993, pág. 290).

Algunos autores, condensan lo dicho hasta aquí, cuando plantean, que:

Hablar de intervención educativa, significa abordar el tema, desde grandes teorías pedagógicas, como son el conductismo y el constructivismo: El conductismo, consiste en modificar directa o indirectamente conductas en la persona y su fundamentación teórica se sustenta en que cada estímulo le sigue una respuesta. De esta manera el aprendizaje se define mediante el desempeño en una actividad determinada, un ejemplo es estudiar para un examen y obtener una buena calificación, sin que esto signifique un proceso de aprendizaje significativo, crítico y analítico. El constructivismo es una corriente filosófica que tiene sus orígenes en los filósofos griegos: Sócrates y Platón. Pero en términos psicológicos y educativos, se considera al padre del constructivismo a Jean Piaget.

El constructivismo, es un paradigma epistemológico de la transformación el cual representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Es la base de una apertura hacia nuevas concepciones. La salud comunitaria ha evolucionado y con ella las necesidades de educación de la comunidad, en el contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales. Por ello es necesario que, dada la multiplicidad de las situaciones de salud, se orienten los cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones (Tovar, Santos, Paredes & Bermúdez, 2013; p. 5).

Leiva, (1990) plantea que el constructivismo es una fértil perspectiva para observar las organizaciones, entendidas también como espacio de aprendizaje social y de construcción de cultura. No obstante, precisa que la línea de desarrollo adoptada para el diseño del Modelo socio-educativo propuesto en su estudio, recoge también los aportes del constructivismo que ha derivado al construccionismo social (Gergen, 1996, mencionado por Villegas 1990). Continúa refiriendo que se suele aludir al constructivismo y al construccionismo social apelando a su base común. Sin embargo, ambos difieren en aspectos significativos, aunque comparten substancialmente el rechazo a la idea modernista que propone la existencia de un “mundo real” Ambos cuestionan la

noción del lenguaje constativo o representacional y convergen en el carácter performativo o constructivo de éste y del conocimiento. Para ambos, la autorreferencialidad y la reflexividad cruzan la construcción del conocimiento (pag.88).

Otros autores, dejan en claro que:

El constructivismo en educación para la salud, tiene que ver con el estilo de vida de las personas, aspecto básico en la promoción de la salud, depende en gran manera de su capacidad de elegir, de tomar decisiones. Esto sólo puede desarrollarse si los contenidos se plantean de una forma holística, destinada a la formación integral de los alumnos y alumnas, y no simplemente a la trasmisión del conocimiento. Establecer la relación entre los factores de riesgo y el daño para la salud requiere un adiestramiento que permita desarrollar la capacidad crítica de los alumnos sobre sus propios conocimientos. Estas ideas, diferentes en cada individuo, configuran el modo propio de vivir, de relacionar experiencias y comportamientos, de manera que es necesario iniciar las actividades de enseñanza aprendizaje averiguando el punto de partida de cada alumno, sus ideas previas, en las cuales intervienen muchas veces tradiciones y prejuicios (Gavidia, Rodes & Carratalá, 1993; p. 290).

El constructivismo es un término que se refiere a cómo aprendemos, es decir, «a la forma en que tanto los individuos como los grupos construyen ideas acerca de cómo funciona el mundo» (Novack 1988; mencionado por Gavidia, Rodes & Carratalá, 1993, p. 290). Es opuesto al positivismo o empirismo, en el sentido de que éste sostiene que el conocimiento es universal y permanece, por lo que el sentido del aprendizaje radica en descubrir este conocimiento verdadero. Durante mucho tiempo, la teoría dominante en la enseñanza era la conductista o behaviorista, y uno de sus mejores autores fue B.F. Skinner. Se creía que la enseñanza consistía en presentar un adecuado estímulo ® al alumno, de forma que éste genera una determinada respuesta ®, y con la repetición en el tiempo se produce un enlace E-R, de forma que cuando aparece E, inmediatamente surge

R. En esto consiste la enseñanza, en seleccionar convenientemente los E que generen las R. No obstante, se advirtió que las propuestas que presentaba el educador no siempre significaban un E para todos los alumnos, y tampoco todos los alumnos producían el tipo de respuesta que esperaban los profesores. A ello hay que añadir que los binomios E-R formados tampoco eran estables, desapareciendo en el tiempo. El conductivismo no explicaba cómo aprendían los humanos y esto llevó al desarrollo de las ideas cognoscitivas del aprendizaje

Percepción de la calidad en la atención de salud: estado del conocimiento, teorías y perspectivas de abordaje.

Un autor, contribuye con el tema, aduciendo que:

En la actualidad el término calidad es utilizado de forma masiva en cualquier ámbito, y desde que comenzó la preocupación por la calidad de los servicios, tanto el marco teórico como empírico creado en torno a este constructo son el resultado de numerosas investigaciones relacionadas con la adecuada gestión empresarial, cuya orientación hacia la calidad se ha consolidado como uno de los pilares fundamentales en los modelos de gestión actuales (Gálvez, 2011; p. 21).

La calidad entonces, es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo, es mensurable a través de métodos cualitativos y cuantitativos. La calidad en los servicios de salud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución y depende de todos (Orozco, Henao & Londoño, 2011). Pese al interés creciente de las organizaciones por la calidad y por incorporar sistemas de gestión de la calidad, la falta de conocimientos teóricos en torno a estos conceptos, así como la dificultad que pueden presentar en su correcta implantación, puede ocasionar a corto plazo que el uso de estas técnicas resulte excesivamente costoso e incluso tenga repercusiones negativas (Gálvez, 2011; Gobierno de Chile, 2009).

La calidad de los servicios presenta una mayor problemática para su estudio pues poseen tres características que los diferencian ampliamente de las atenciones: Intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad. En función a esto, suponen que la percepción de la calidad del servicio es el resultado de una comparación del paciente con el desempeño actual del servicio. Ellos plantean además que la calidad resulta de la comparación realizada por los clientes entre las expectativas sobre el servicio que va a recibir y las percepciones de la actuación de la organización prestadora del servicio (Rodríguez, 2012; Huiza, 2006; Hamui, Fuentes, Aguirre & Ramírez, 2013; Veliz & Villanueva 2013).

La calidad, constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada que desafía de manera continua la creatividad y el emprendimiento, no es pues un estado al cual se accede de manera espontánea. La calidad tiene dos categorías: (i) la calidad lógica que se centra en los procesos de toma de decisiones, (ii) la calidad óptima que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios (López, 2013, Duque & Chaparro, 2012).

La calidad en la prestación de los servicios, es sin duda una preocupación medular en la gestión de cualquier sector productivo o no, y no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el extremo de todos los procesos se encuentra la vida del estado. La calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La lucha por la calidad en salud es una gesta que une a todos los actores del proceso., cuya realización personal y laboral pasa por la calidad en el trabajo, a la población usuaria de los servicios, directa beneficiada en la satisfacción de sus expectativas y necesidades (Londoño, 2014).

Las personas nos diferenciamos unas de otras; porque poseemos características únicas que nos hacen ser distintos a los demás. Pero también tenemos necesidades básicas que son comunes a todos y cada uno de nosotros. A lo largo de la historia, corrientes de pensamiento se han esforzado en categorizar y describir cuáles son estas necesidades. En tal sentido se considera como

necesidad, aquel elemento requerido para la supervivencia y el mantenimiento de la salud física y mental.

Estados de enfermedad, tanto física como mental, pueden hacer que el hombre sea incapaz de cubrir estas necesidades, que no las identifique como tal o que pierda la prioridad de las mismas y por lo tanto necesita de la asistencia de otras personas, que pueden ser familiares, amigos o el personal de salud. Tal como se puede visualizar, en un individuo enfermo, en que es incapaz de cubrir sus necesidades por sí mismo; pierde la prioridad de sus necesidades y no las identifica como tal; así, tendrá que requerir apoyo, ya que no ve esas actividades como algo fundamental (López, 2012; Carrilero, 2011).

Al analizar el pensamiento sobre las necesidades encontramos conceptos tales como: motivación, meta motivación, motivo o deseo, necesidad, jerarquía de las necesidades y autorrealización. Estos son elementos constitutivos de su teoría, y según él, una persona está motivada cuando siente deseo, anhelo, voluntad, ansia o carencia. La enfermedad es una situación que motiva la persona. La motivación entonces estaría compuesta por diferentes niveles de necesidades, cuya base jerárquica varía en cuanto al grado de potencia del deseo, anhelo, otros. El motivo o deseo es un impulso o urgencia por una cosa específica. Existen muchos más motivos que deseos y estos pueden ser expresiones distorsionadas de las necesidades.

Se insiste en detallar que:

El crecimiento y la importancia que han adquirido las organizaciones en los últimos años hacen que esta actividad sea muy tenida en cuenta en el mercado de bienes por suponer un atractivo producto de consumo. Por otro lado, las empresas de servicios juegan un papel cada vez más importante en la economía de los países y el incremento en la preocupación por conseguir estándares de calidad ha sido espectacular en los últimos años.... Uno de los principales motivos de este crecimiento del sector servicios, [...] podría residir en el perfil del nuevo usuario, el cual es cada vez más crítico y exigente respecto al servicio recibido, por lo que gran parte de los clientes no sólo desean

un servicio mejor, sino que además lo esperan (Gálvez, 2011; pag.32).

En tal enfoque, es que se deben ejecutar los cuidados integrales, en los servicios de salud. Entendidos como las medidas y actuaciones que se realizan, encaminados a resolver los problemas y necesidades que el ambiente y los estilos de vida han producido en el paciente, tanto en su aspecto físico como mental, atendiendo las necesidades básicas del paciente de modo global. En condiciones normales, las necesidades descritas están satisfechas por la persona cuando se tiene conocimiento, fuerza y voluntad para cubrirlas. Cuando algo de esto falla y surgen problemas de salud, una o más de estas necesidades no se satisfacen. Es entonces cuando el personal de salud tiene que ayudar a la persona para que pueda cubrirlas (Henderson, 1964).

Concepto de calidad.

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales, así en el ámbito de las empresas se habla de calidad total, como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización, para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor costo (Pamles, 2003).

Las definiciones de la calidad, son numerosas, pero todas de una manera u otra relacionan dos aspectos fundamentales: lo que se espera recibir y lo que se recibe, por el cliente y el prestador, en una relación donde ambos tienen conocimientos y expectativas, sobre el proceder, los que en la medida que se acerquen, y coincidan expresaran mayor calidad. La calidad no es precisamente sinónimo de más tecnología, de mejor trato, de menor costo, de mayor cantidad de procedimientos realizados, de rapidez de solución de los problemas del cliente, de capacidad ética y técnica del profesional, es la sumatoria de todos esos elementos y muchos otros (Cadena, Olvera, Pérez, Balseiro & Matus, 2012).

Serrano et al (2007), define la calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Por su lado Mochón (2006), explica a la calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. De acuerdo con Ishikawa (1997) la calidad del producto o servicio, es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto (pág. 16).

Modelización de la calidad de servicio percibida.

Según Doyal y Gough (1991) deben distinguirse dos concepciones de las necesidades, la que se concibe como impulso y la que se concibe como propósitos. Respecto a las primeras, es una concepción excesivamente determinante de la biología humana. En la segunda, las necesidades se conciben como metas que todos buscan o deberían buscar alcanzar. Es esta universalización la que supuestamente distingue necesidades de preferencias o apetencias.

Es necesario considerar, el planteamiento siguiente:

Las acciones de los seres humanos son el resultado de los esfuerzos para satisfacer las necesidades humanas; una vez satisfechas, dejan de generar comportamiento alguno. A medida que la persona logra controlar sus necesidades básicas, aparecen gradualmente necesidades de orden superior. No todos los individuos sienten necesidades de autorrealización que es el nivel superior, debido a que ello es una conducta individual. Así como también las necesidades fisiológicas nacen con la persona, el resto de las necesidades surgen en el transcurso del tiempo. Las necesidades de orden jerárquico más alto no se podrán satisfacer a menos que se hubieran satisfecho las necesidades de orden jerárquico más bajo. El signo motivacional de las necesidades básicas es relativamente corto, en contraposición a las necesidades superiores que requieren un ciclo más largo. Esto se ve reflejado en el campo de la salud y es más notorio cuando la persona se encuentra atravesando un proceso de enfermedad (Maslow, 1970, p. 14).

Buttle (1992), hace una modificación de la jerarquía de Maslow. Así, divide las necesidades fisiológicas establecidas por éste, en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación: (i) necesidad de supervivencia, Incluye las necesidades de oxígeno, alimento, agua, eliminación, temperatura, descanso y alivio del dolor, (ii) necesidades de estimulación, éstas serían la actividad, la sexualidad y la exploración.

Se establece que:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o su muerte tranquila, y que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". Ella identifica 14 necesidades básicas que son las que componen los cuidados de enfermería. Las 7 primeras están relacionadas con las necesidades fisiológicas que propone Maslow; la 8º y 9º, con las necesidades de seguridad; la 10º, con la de estima; la 11º, con la necesidad de pertenencia; y de la 12º a la 14º, con la autorrealización. En tal sentido, las necesidades básicas de la persona serían las siguientes: (i) Respirar (ii) Comer y beber (iii) Eliminar desechos (iv) Movilizarse (v) Descansar (vi) Vestir adecuadamente (vii) Mantener la temperatura corporal (viii) Higiene corporal (ix) Evitar peligros, (x) Comunicación (xi) Culto a Dios (xii) Trabajar en algo que nos haga sentir realizados (xiii) Ocio (xiv) Estudiar, saber, descubrir. Considera que la salud "es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería (Henderson, 1964).

Otros autores, declaran que:

En la jerarquía de las necesidades, se identifican las siguientes necesidades: (i) necesidades fisiológicas, entre estas necesidades las más potentes son la de respirar, dormir, el hambre, la sed, otras son menos evidentes como gustar, sentir, ser acariciado; (ii) necesidad de

seguridad, podemos agrupar en esta categoría: estabilidad, dependencia, protección, ausencia de miedo, ausencia de ansiedad y de caos, estructura, orden, leyes; (iii) necesidad de amor y pertenencia, la persona necesita la relación con los amigos de tener un amor, una esposa, un niño. Necesita afecto, sueña con tener un lugar en un grupo, tener una familia y despliega sus energías para satisfacer sus necesidades; (iv) necesidad de estima, cada persona necesita ser considerado por las personas con las que se relaciona; (v) necesidad de autorrealización, representa las necesidades de índole superior y representa un nivel más alto de madurez personal (Zeithmanl, Berry & Parasuraman, 1996; p. 36).

En los años sesenta se sistematizo lo siguiente:

El abordaje de la calidad desde el propio campo de la salud y enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante sus componentes: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades. La calidad de un bien o servicio, está constituida por todos los atributos o propiedades que lo conforman y que le otorgan valor. La calidad de los productos puede ser fácilmente medible, pero no así la calidad de los servicios, debido a sus características de intangibilidad, inseparabilidad, heterogeneidad y caducidad. Identificando una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el nivel de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control: (a) efectividad, conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido; (b) eficacia, medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales; (c) eficiencia/optimizaci3n, habilidad de bajar costos sin disminuir las mejoras y la relaci3n favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados; (d) equidad, distribuci3n de los recursos en funci3n de las necesidades de los grupos poblacionales; (e) aceptabilidad/legitimidad, conformidad con las expectativas de pacientes y familiares; (f) legitimidad, que es la

aceptación comunitaria; (g) accesibilidad, es todo tipo de acceso para obtener los servicios; la adecuación de los servicios, dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población (Donabedian, 1993; p. 94).

Calidad de la atención en Salud.

A nivel mundial son muchas las acepciones que se han dado al concepto de calidad, desde las genéricas hasta las específicamente referidas a los servicios de salud, la más aceptada es la de Donabedian (1993) que dice: “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”. El implanta el esquema de mejoramiento continuo de la calidad a nivel asistencial, basando sus principios, en ese postulado (p. 92).

Existen otras consideraciones importantes a tenerse en cuenta, respecto a la definición de calidad: La calidad tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia de un derecho (Illia, 2007).

Teniendo en consideración lo anteriormente mencionado, entonces la calidad no es sinónimo de lujo o complejidad sino por el contrario, la calidad en los servicios de salud debe ser la misma en todos los establecimientos de salud. La calidad constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada que desafía de manera continua la creatividad y el emprendimiento.

En esa línea de pensamiento Henderson (1964), complementa diciendo que el secreto de la calidad es el amor. Se debe amar al paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema.

La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso (Alcántara, 2008; Chile, 2007; Ramírez, 2010; Chile, 2010).

La calidad en los servicios de salud, no solo depende trabajador de salud que atiende al paciente, sino que involucra a toda la institución, depende de todos, desde el vigilante hasta el más alto ejecutivo del establecimiento. Quien va a calificar la calidad de atención es el usuario (sus necesidades y expectativas) hay que tener en cuenta el movimiento migratorio de la población y sus creencias culturales. Por ello más que un esfuerzo de homogenización es básico un enfoque de diálogo intercultural para el logro del mejoramiento continuo hacia el usuario (Serrano, López & García, 2007).

Según Romer et al (1990), definen la calidad como el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben son seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición.

En tal sentido, se entiende por calidad de atención, al grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual. Sin embargo, es poco probable que una sola definición de calidad en salud, sea aplicable en todas las situaciones, en todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos: el primero está referido a la excelencia técnica, es decir, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, con habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder, en otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y el segundo concepto está referido a las adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (Tari & García, 2009; Olivera, 2013).

Generalmente la calidad de atención ha sido en su mayoría estudiada bajo

el esquema cuantitativo, donde el investigador, es quien estudia al sujeto investigado sin que este (sujeto investigado) forme parte del proceso de construcción de conocimiento, este tipo de investigaciones tiende a manejar datos muy válidos y precisos, parámetros fundamentales.

En tal razón, se puede considerar que “Calidad”, es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”. La definición expresa tres conceptos de vital importancia: el primero que Calidad “es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio”. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando “todas las características, funciones o comportamientos”. El segundo concepto, es que “se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores”. Aquellos que no lo logran, no se consideran que son de calidad. El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988; p. 17).

Comprender la calidad de la atención, es entender que es una propiedad de la atención en salud, pero a la vez es un juicio frente a dicha atención. Este juicio se puede dividir en dos partes una que se refiere a la atención científico técnica y la otra al manejo de las relaciones interpersonales; también nos dice que la calidad de atención científico técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología de tal manera que produzcan el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario. La calidad en el proceso interpersonal es más difícil de resumir, pero debe incluir valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas

están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones del sector salud y por otro lado las expectativas de los usuarios (Donabedian, 1993; Riveros & Berné, 2007).

Dimensiones de la Calidad.

Como se ha puesto en evidencia, por la revisión bibliográfica realizada, los aspectos de la calidad más importante se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención y relaciones interpersonales. En tal secuencia de ideas, las metas fundamentales del profesional de la salud, son incrementar al máximo el potencial de salud del paciente y convertir en realidad las mejores habilidades profesionales. El paciente tiene derecho a recibir una atención de calidad, las necesidades del paciente son una sensación de carencia que debe ser satisfecha, es así que deben confiar en los profesionales y técnicos de la salud, como las personas que se preocupan por su atención.

Existen diferentes menciones a las dimensiones de la calidad, Parasuraman et al. (1988, p. 23; mencionado por Gálvez, 2011), expone alrededor de 10 dimensiones de la calidad. Con fines de la investigación, se utilizarán cuatro de esas dimensiones: (1) tangibilidad: las instalaciones físicas, equipos, y el aspecto del personal; (2) fiabilidad: habilidad para realizar el servicio prometido en forma fiable y precisa; (3) capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido servicio; (4) empatía: el cuidado, la atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes.

La competencia profesional, es un elemento de importancia, que se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Es pertinente tanto para los servicios clínicos públicos como privados, comprender las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, así como la capacidad asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente (Amador, 1998).

La satisfacción del cliente, se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes, produciendo confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz (Amador, 1998; Donabedian, 1993). También se ha definido como “un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo” (Borre, 2013).

Fidelización: fundamentos, herramientas y modelos.

En los últimos años, hemos asistido a un crecimiento espectacular de la importancia del sector servicios en la economía. Este marcado protagonismo del sector, ha llevado a que muchos investigadores, tanto del campo del management como del marketing, centraran su punto de mira en las organizaciones de servicios. De modo que el concepto de fidelidad, se ha extendido también a las organizaciones que típicamente ofrecen productos algo más intangibles, siendo necesario para éstas lograr una mejor comprensión del concepto para intentar, de este modo, buscar aquellos caminos que permitan incrementar su base de clientes leales (Agüero, 2014; Clavijo & Trujillo, 2008).

Desafortunadamente, la literatura del marketing, hasta el momento se ha centrado predominantemente en la fidelidad del cliente en relación a los bienes tangibles (fidelidad a la marca), existiendo pocas investigaciones- teóricas e empíricas- examinando la fidelidad a las empresas de servicios (fidelidad de servicio). Sin embargo, debe señalarse que a pesar de la importancia que adquieren las estrategias de fidelización en todos los sectores, se trata de una estrategia muy adecuada en el ámbito de los servicios, ya que éstos por su propia naturaleza ofrecen mayores oportunidades para poder desarrollarla (Gómez, 2009).

Las empresas que poseen un conjunto de clientes leales, disponen de un activo incalculable y una ventaja competitiva frente a la competencia. Hacer entender a las empresas que es menos costoso mantener y conservar a una clientela fiel, que prospectar y conseguir nuevos clientes. La fidelización no solo es ofrecer un producto adaptado a cada segmento de clientes, sino es establecer relaciones con ellos, con el respectivo valor agregado y que sea percibido por el mismo cliente.

La fidelidad se basa en un concepto comportamental, al ser medido en referente a las compras repetitivas a lo largo del tiempo, considerando su frecuencia de compra y el trato diario por el servicio recibido y el valor agregado. La fidelidad establece un vínculo duradero con las personas a través de los años, generando utilidades para la empresa en el largo plazo. Para que se logre fidelidad debe de existir satisfacción que se logra con la calidad percibida, expectativas del cliente y el valor percibido complementándose con las soluciones a las quejas expuestas por los clientes (Agüero, 2014; Navarro, 2010).

Durante la investigación, se intentará explicar la variable fidelización, desde la mirada del cumplimiento de medidas preventivo promocionales por parte del usuario externo, con base en la adquisición de información basada en el desarrollo de competencias saludables, en el marco de la intervención educativa en el Programa de intervención Familias Saludables. Disponiéndose para ello con la evaluación de las dimensiones: personalización, practicas, habitualidad (que involucra indicadores de participación y cumplimiento) lleva a la fidelización de los clientes.

1.3 Justificación del estudio

Se considera que los sistemas de atención al usuario, en especial los de salud, representan un nicho de oportunidades de mejora, ya que, en los diversos espacios de contacto de los pacientes con los prestadores de servicios, puede generar un número importante de casos de insatisfacción, ya sea con el tiempo de espera, con el trato recibido o con el diferimiento de la atención especializada.

Dado lo anterior, se hace necesario en primera instancia, abordar el

concepto de calidad de la atención, en las instituciones prestadoras de salud. Este tema se ha transformado en uno de los aspectos fundamentales de la provisión de servicios. Los innumerables problemas surgidos en las últimas décadas derivadas de la creciente complejidad de los sistemas de salud, aunados a las mayores exigencias por parte de los usuarios y sus familiares, exigen soluciones efectivas que garanticen que estos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos.

Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada acerca de sus derechos.

Justificación Teórica

La calidad y la satisfacción son dos conceptos que tienen gran interés y aplicación en la gerencia. Ambos han sido estudiados desde mediados del siglo XX Sin embargo, hablar de calidad y satisfacción aún resulta complejo.

Si a ello agregamos, que, en nuestro país, existen escasos estudios de investigación sobre medición de la calidad en los centros especializados en salud privada; el estudio aportará al conocimiento y a la ciencia, proporcionando las bases para que se hagan más investigaciones de este tipo en nuestro país.

Justificación Práctica

En el contexto práctico, los resultados obtenidos permitirán fortalecer y orientar estrategias para la mejora de la calidad, que haga construir una personalidad propia institucional coherente con los nuevos desafíos, propiciador además de motivación personal y humana que ofrezca satisfacción al usuario.

La investigadoras pretende mejorar, el mecanismo del control de la calidad de la atención de enfermería, con objeto de obtener una verificación sobre determinadas operaciones que le permitan aplicar oportunamente mejoras en pro de la institución y el servicio al cliente, dando paso más adelante a nuevas investigaciones.

Justificación Metodológica

La metodología del análisis de situación de salud, se constituye en una herramienta valiosa para evidenciar las implicancias de los determinantes en el estado de salud. De esta manera se convierte en un proceso que permanentemente está indicando las prioridades a incorporar en las agendas sanitarias.

En el contexto metodológico, los resultados de la presente investigación se sustentan en la aplicación de técnicas y métodos específicos de investigación válidos para los efectos del estudio, como lo es la aplicación del instrumento y la elaboración de un análisis estadístico que permitirá arribar a resultados, conclusiones y recomendaciones.

Justificación desde la Gestión Pública

El Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, para garantizar la atención a la población y el acceso universal equitativo y solidario a los servicios de salud, hace necesaria la articulación efectiva del sistema de salud en función a la atención de la demanda y necesidades básicas de la salud de la población.

La calidad de atención es una de las líneas de acción sanitaria más frecuente impulsadas por las reformas del sistema de salud. Se ha demostrado que al mejorar la calidad de atención se promueve una mayor utilización de los servicios y un mejor estado de salud de los usuarios.

1.4 Problema

Realidad problemática

En función de los desafíos actuales y futuros de la salud de la población, se está desarrollando una serie de procesos que buscan mejorar la relación sinérgica entre sistemas de salud y el entorno social; permitiendo de esa manera crear un espacio de debate y transferencia de conocimientos; en el proceso de elaboración de políticas públicas de salud. Enfocar esta situación en un contexto de gestión pública, permitirá el logro de equidad en el acceso a servicios de calidad y al

ejercicio de los derechos ciudadanos (Hamui, Fuentes, Aguirre, & Ramírez, 2013; Rodríguez, 2012; Huiza, 2006).

Es válido reconocer que la búsqueda de la salud, ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas y actores, que buscan la convergencia. Se parte de enfoques integradores y estructurales que garanticen a la acción humana el logro de una verdadera transformación social, en la permanente búsqueda del bienestar y el desarrollo humano sustentable.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales; orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir, disfruten de una vida saludable y se mantengan sanos; de tal manera que ganen salud, eviten las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el país en el marco de una política sectorial, como es la atención integral de salud, basada en familia y comunidad.

En tal razón, el Ministerio de Salud, en el contexto de las políticas y líneas estratégicas, ha implementado el Programa de familias y viviendas saludables, que busca contribuir a que los hogares peruanos se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables, en interrelación permanente de la comunidad, los servicios de salud y sus diferentes actores sociales.

A través de procesos educativos y participativos, el programa de familias y viviendas saludables, se orienta a lograr que los miembros de la familia, (i) adquieran conocimientos y desarrollen prácticas saludables, acordes con su etapa de vida; (ii) la vivienda de la familia, constituya un entorno que favorezca la salud de quienes la habitan; (iii) la familia desarrolle las habilidades para la vida, que le permitan una adaptación exitosa, a los desafíos del desarrollo propios de cada etapa del ciclo de vida; (iv) se fortalezcan las acciones comunitarias y de respaldo social, en beneficio de las familias.

En el marco del programa, se desarrolla una estrategia educativa de difusión de medidas preventivas de enfermedades y de promoción de la salud, cuya

finalidad es alcanzar los objetivos del programa de salud familiar. Sin embargo, no es objetivo del programa, cambiar la percepción de la comunidad sobre la calidad de la atención en el servicio de salud y la fidelización al establecimiento de salud, que es lo que buscamos con esta investigación.

La renovada visión sobre lo que debiera ser la entrega de información a la comunidad, utilizando tecnología educativa con base en la educación para la salud, y la necesidad de concebir la atención integral de la salud en su componente familiar y comunitario, obliga a un trabajo articulado entre todos los actores y construir espacios que vinculen a dicha estrategia educativa con la comunidad y los servicios de salud, en un espíritu de verdadera atención integral e integrada de la salud.

En tal secuencia de ideas, el concepto de gestión pública, está directamente asociado a los resultados que logre una administración y se ha definido como un proceso integral, sistemático y participativo; que se articula en tres grandes momentos: la planificación, la ejecución, además del seguimiento y evaluación de las estrategias de intervención; todo ello desde el punto de vista: social, ambiental, físico, institucional, político y financiero; sobre la base de metas acordadas de manera consensuada y participativa. (Díaz, 2008; Bozeman, 1998).

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, se entiende que la gestión pública busca contribuir de manera eficaz y eficiente a la obtención de resultados; tal como el mejoramiento de la calidad de vida de la población, que en consecuencia permita avanzar hacia un desarrollo integral además de sostenible de sus comunidades y como se puede inferir facilitara la implementación de estrategias de intervención de alta eficacia, contribuyendo de esa manera a enfrentar con éxito las condiciones que favorecen la pobreza. Las conclusiones derivadas de esta investigación, determinaran cual es el efecto de una estrategia educativa comunitaria; basada en el desarrollo de competencias saludables, en el marco del Programa de intervención Familias Saludables en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, de la Red de Salud Lima Ciudad; sobre su sostenibilidad, medido a través de la percepción de la gestión de la calidad en la atención y la fidelización en el cumplimiento de acciones preventivo promocionales de los usuarios externos.

Es bastante complejo entender los procesos a través de los cuales se alcanza la calidad de los servicios de salud. En tal sentido, esta investigación busca encontrar respuestas a ello, por supuesto que no son las únicas, partiendo de una estrategia de intervención educativa dirigida a la comunidad. En tal razón, esta investigación explorara antes y después de la intervención, cual es la percepción acerca de la gestión de la calidad en la atención y la fidelización en el cumplimiento de acciones preventivo promocionales de los usuarios externos de un establecimiento de salud.

Se plantea que:

Evaluar la gestión de la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados a la atención recibida, con los cuales se obtiene información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas (Rodríguez, 2012).

En el debate sobre la organización de la gestión de los centros sanitarios públicos, los posicionamientos ideológicos han ocupado en numerosas ocasiones el lugar del análisis científico a la hora de identificar las ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de gestión pública en el caso de los servicios sanitarios. La falta de información sobre los modelos de gestión, demuestra que hay un largo camino sobre el que avanzar en las normas de buen gobierno dentro de un sistema sanitario (Hospital Universitario del Valle, 2010).

En los últimos años se ha convertido en común la referencia a la calidad de los sistemas sanitarios, aludiendo a sus principios de universalidad, solidaridad y equidad; como base para la obtención de buenos resultados en salud y a su bajo costo en comparación con el de otros sistemas. Sin embargo, recientemente el mensaje ha cambiado, como consecuencia de que las tradicionales fórmulas de gestión pública en centros y organizaciones de salud, han caído en ineficaces para ayudar a conducir un sistema sanitario, explicado ello por el uso inadecuado de los recursos de parte de los establecimientos de salud y por otro lado los mismos

ciudadanos que hacen un uso inadecuado de los recursos sanitarios, lo cual convierte a cualquier gestión en financieramente insostenible (Perú Ministerio de Salud, 2002).

Salud y desarrollo son conceptos recíprocos e inseparables, donde la salud es una condición esencial para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo de las personas y en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social como producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, psicológicos, ecológicos, socioeconómicos, culturales y políticos que ocurren en la sociedad (Hospital Universitario del Valle, 2010).

Del mismo modo, se considera que siendo la familia una institución natural y fundamental de la sociedad que constituye la unidad básica de salud y desarrollo, es en ella donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, es el primer agente socializador, donde se construyen valores, cultura y relaciones interpersonales; donde se conjugan prácticas, funciones y se reconocen a las personas con sus especificidades.

Los programas de familias saludables, comprenden un conjunto de acciones integradas, orientadas a promover comportamientos que propicien estilos de vida saludables entre los miembros de la familia. Se orienta, a generar las capacidades necesarias en la familia para mejorar su salud, la vivienda y el entorno. Fomentan la construcción de una cultura de salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios (Perú Ministerio de Salud, 2005, 2006; Colombia Ministerio de Protección Social, 2011).

Atendiendo a estas consideraciones, es que la familia es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario y es el ámbito donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, pues ahí se inician los hábitos y prácticas para una vida saludable. Pero es necesario reconocer también, que las condiciones de la vivienda es una de las principales determinantes sociales de la salud humana, por ello se convierte en un elemento, que puede promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes.

Es reconocido, que la mayor parte de los problemas de salud de las personas tienen que ver con las condiciones de vida de las mismas. En situación de mayores inequidades socioeconómicas, como es la situación de pobreza y pobreza extrema, estas determinantes tienen una gran influencia sobre la salud de las personas. En las familias más pobres, los determinantes guardan relación con el bajo grado de instrucción de las personas, los niveles nutricionales inadecuados, la baja disponibilidad y acceso a los servicios básicos, la precariedad en la calidad de la vivienda, los altos niveles de violencia y exclusión social. (Perú Ministerio de Salud, 2006).

Todos estos factores, cada uno y en interacción determinan la salud de la familia , en consecuencia esta intervención educativa, busca estimular a la comunidad, para que se involucre activamente en los procesos preventivo promocionales de la salud y exija con conocimiento de causa, una mejor calidad de atención en el establecimiento de salud de su jurisdicción, lo cual facilitara para que se produzca interacción entre la población y el establecimiento de salud, a través de la fidelización de los usuarios externos al sistema local de salud.

Contribuyendo sobre el tema, se afirma:

Aspectos como vivienda saludable, influyen favorablemente en la preservación de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje, cuando sus espacios funcionales reúnen las condiciones apropiadas para los que fueron diseñados y cuando la conducta humana los utiliza adecuadamente. Por tanto, la vivienda se constituye en objeto de interés particular en el campo de la promoción de la salud. Es por ello que hoy surge la necesidad de abordar estrategias, que permitan integrar, lineamientos y acciones en otros aspectos tales como el saneamiento básico al interior de la vivienda, entre otros factores, que inciden en la salud de las personas, con procesos de acompañamiento social que mejoren integralmente la calidad de vida de la población más vulnerable, en periodos de tiempo (Pedraza, Lavín & Bernal, 2014).

Los entornos y comunidades saludables, contemplan combatir los

problemas que amenazan la salud integral de las personas, familias y comunidades, al fortalecer las conductas saludables que benefician a su población, todo esto a través de promover políticas públicas que fomentan la creación de entornos favorables a la salud y refuercen el poder de las comunidades sobre los determinantes de su salud, involucrando a los gobiernos municipales y a su población. Los programas que promueven familias y viviendas saludables, contribuyen de manera importante a incidir en las prioridades en salud pública que buscan reducir la morbimortalidad por enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas. Siendo las cosas así, se entiende que estos programas contribuyen al abordaje de elementos clave para el manejo de estos padecimientos, modificando el entorno donde las personas viven, trabajan, estudian se divierten y que afectan directamente a los padecimientos prioritarios (Perú MINSA 2005).

La estrategia de intervención educativa, es una de las funciones clave de la administración y desarrollo de las organizaciones y por consiguiente debe operar de manera integrada con el resto de las funciones del sistema de salud. La administración y el desarrollo deben entenderse como un todo, en que las distintas funciones interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización (Perú MINSA, 1998; Colombia Ministerio de protección Social, 2011).

El disponer de servicios de saneamiento de calidad al alcance de las familias, es un primer paso sumamente importante, pero no es suficiente para mejorar las condiciones de salud y de vida de la población; para lograr este importante objetivo, se requiere que no sólo las personas reconozcan la importancia de la higiene y dispongan de servicios de saneamiento; sino que pongan en práctica hábitos saludables y los promuevan en el entorno familiar, especialmente en los niños y niñas. La práctica de adecuados hábitos de higiene, permitirá conseguir familias, viviendas y comunidades saludables, que contribuyan no sólo a prevención de las enfermedades ligadas al saneamiento, sino a lograr en los niños su máximo crecimiento y desarrollo (México, Secretaria de Salud, 2007).

El cambio climático, está produciendo efectos negativos en la naturaleza, frente a este fenómeno, resulta importante que todos los ciudadanos sean responsables y cuidemos el medio ambiente. En tal sentido, la disposición sanitaria de residuos sólidos, resulta ser muy importante, permitirá disminuir la contaminación del medio ambiente, en especial de los recursos naturales como el aire, suelo y el agua. Actualmente, las familias y las comunidades, tienen inadecuados hábitos y prácticas de higiene personal y ambiental. Esto se evidencia, en la costumbre de arrojar basuras en cualquier sitio, en la calle, en los alrededores de las viviendas, a veces dentro de las propias casas y cerca de fuentes de agua, entre otros, produciendo no sólo contaminación, sino dañando la imagen paisajística de nuestras viviendas y comunidades.

Se entiende por capacitación el conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación no formal como a la informal, dirigidos a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral (Porras & López, 2008; Romero, 2011).

En el relacionamiento con la comunidad, se han utilizado diferentes planes y programas de intervención educativa, que han considerado como modalidades: (i) la educación informal, que es el proceso que dura toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, capacidades y actitudes de las experiencias diarias y del contacto con su medio; (ii) la educación no formal, que es toda actividad educativa organizada y sistemática realizada fuera de la estructura del sistema formal, para impartir cierto tipo de aprendizaje a ciertos subgrupos de la población, ya sea adultos o niños. Ambas en oposición a la educación formal, que tiene que ver con el sistema educativo institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que abarca desde la escuela primaria hasta la universidad (Porras & López, 2008; Romero, 2011; Monsalve, 2013).

En tal razón, con fines de la presente investigación, se utilizará la educación no formal como estrategia educativa comunitaria, en sus dimensiones: (a) Conocimientos, (b) percepción de vulnerabilidad y gravedad, (c) barreras y motivaciones. En el marco contextual de esta modalidad educativa, que comprende todas las prácticas y procesos que se desprenden de la participación de las personas en grupos sociales estructurados, deliberadamente educativos, pero cuya estructura institucional no certifica para los ciclos escolarizados avalados por el estado. La educación no formal es atendida por organizaciones en dos niveles: aquellas cuyo propósito básico es el cambio social a través de acciones de alimentación, producción o salud y aquellas otras cuyo propósito básico es eminentemente educativo, pero que conforman un abanico de posibilidades y prácticas concretas que hace difícil de generalizar características básicas a su alrededor (Cadena, Olvera, Pérez, Balseiro & Matus, 2012; Organización Panamericana de la Salud, 1995).

En los últimos años, han ocurrido importantes transformaciones en la organización de los sistemas de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud. De ello se deduce que la gestión de la calidad es un requisito fundamental, para el desarrollo de las instituciones. La calidad no es un concepto único, sino que tiene diferentes dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio concreto, en esta investigación se mirara bajo la perspectiva de las dimensiones: (a) tangibilidad, (b) fiabilidad, (c) capacidad de respuesta y (d) empatía (Salvador, 2005).

El nivel de la calidad de una actividad u organización se asume como la diferencia entre el servicio percibido, en función de que tan bien se desempeña el establecimiento al proveer los servicios y la expectativa del usuario. Las determinantes de la calidad percibida incluyen aspectos personales, información sobre los servicios y factores propios de cada situación (Pedraza, Lavin & Bernal, 2014).

En tal medida, la calidad de un bien o servicio está constituida por todos los atributos o propiedades que lo conforman y que le otorgan valor. La calidad de los

productos puede ser fácilmente medible pero no así la calidad de los servicios debido a sus características de intangibilidad, inseparabilidad, heterogeneidad y caducidad (Kotler, 2000; Prasuraman, Zeithaml & Berry, 1998, mencionados por Duque, 2005).

Existe un grado de tolerancia que el usuario está dispuesto a aceptar, caso contrario no regresará. Esta respuesta es más visible en la producción y en los servicios donde él puede tener libre selección; lo que no acontece siempre en los servicios de salud, donde se puede encontrar con un único proveedor. Sin embargo, aún en este caso, el usuario podría optar por cambiar de establecimiento, aunque pertenezca al mismo proveedor. De aquí surge el concepto no solo de satisfacción sino de fidelidad del usuario, que significa que regrese a buscar servicios en el mismo lugar.

Por su parte, en lo referente al “usuario” se considera que se trata de una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada especialmente si va por servicios curativos y seguramente no siempre tiene la razón, pero tiene que estar en primer lugar si una institución de atención en salud se propone servir con calidad. La calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales.

Aunque la calidad, parece un atributo inherente y obvio, a la prestación de los servicios de salud; no siempre esta se garantiza, obligando a que, desde la perspectiva de la equidad y la eficacia, realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica (Civera, 2008; Veliz & Villanueva, 2013).

Otra tarea importante, en la presente investigación, es conocer aspectos relacionados con la fidelización de los usuarios externos de los establecimientos de salud; el cual es un concepto complejo, generado en los negocios; y que se encuentra cargado de esfuerzo; en que los procesos, tecnologías, ideas e interacciones que disponen las empresas, buscan llevar al consumidor, a que se vincule con una marca. Esta estrategia, también puede ser utilizada por los servicios de salud; permitiendo que al momento del contacto del usuario externo

con el establecimiento, esta se convierta en una experiencia que contribuya a que quede satisfecho y hable bien; se podría definir entonces a la fidelización, desde una perspectiva de la salud, como una actitud positiva que supone la unión de la satisfacción del usuario, involucrando elementos racionales, afectos y comportamientos; permitiendo una relación estable y duradera con los servicios de la salud, con los que el usuario externo se encuentra identificado. Las dimensiones que se han considerado con esta variable, serán: (a) personalización, (b) prácticas y (c) habitualidad (Clavijo, 2008).

La fidelización, tal como se entiende en la actualidad, implica el establecimiento de sólidos vínculos y el mantenimiento de relaciones a largo plazo con los usuarios externos. Por tanto, evolucionamos de un concepto centrado en el corto plazo, a un enfoque estratégico en que se presta especial a la satisfacción del usuario y al proceso post-intervención.

Para implementar la participación de la comunidad, en los programas preventivo promocionales de salud, son necesarios instrumentos, algunos de ellos de participación ciudadana en un contexto de ciudadanía en salud, tales como: (i) el sistema de sugerencias y reclamaciones en los servicios de salud, (ii) la encuestas de opinión y satisfacción a usuarios, (iii) la confianza en el recurso humano profesional y técnico, (iv) el horario y forma del otorgamiento de la consulta, (v) los tiempos de demora para la atención en consulta ambulatoria, (vi) la formación de agentes de salud comunitarios, (vii) los grupos de ayuda mutua y (viii) la educación no formal realizada colectivamente.

Visto desde la perspectiva de la participación de la comunidad, en temas de la salud, existen grados de involucramiento; desde solamente la utilización, de los servicios de salud, sin mayor compromiso; pasando por un nivel de "cooperación", expresado en envío propuestas de reivindicaciones sobre la prestación, pero solo desde la perspectiva de la comunidad, sin mayor acercamiento al establecimiento de salud; y por ultimo un nivel más elevado, donde existe un grado de compromiso informado de la comunidad, realizando un análisis crítico de la situación de salud y planteando alternativas de solución en coordinación con los establecimientos de salud. Debido a una serie de limitaciones

en recursos humanos y financieros, no siempre es posible que los establecimientos de salud, puedan influir para que se produzca este último nivel, que jugaría a favor de una mejor situación de salud de la comunidad, a través de una mejora de los indicadores epidemiológicos de impacto.

Por todo lo anteriormente expuesto, cabe considerar que sobre el asunto existen pocos trabajos que hubiesen explorado este tema; ahí radica la importancia del estudio; que servirá como punto de partida para el desarrollo de nuevas investigaciones. En tal sentido, se pretende cerrar una brecha en el conocimiento, acerca de que si una estrategia educativa comunitaria; al ser un instrumento que permite tener una comunidad informada, sobre una serie de elementos que participan en el proceso de salud enfermedad y el rol que ellos y el establecimiento de salud, pueden desempeñar en uno y otro sentido, para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; ello pueda tener un efecto sobre la percepción de la calidad de la atención y la fidelización al establecimiento de salud; al comprender la comunidad, la complejidad de una serie de procesos, que ocurren en el establecimiento, para la prestación de la atención de salud.

Volviendo la mirada hacia la investigación y sobre la base de las ideas expuestas, se buscará respuestas, determinando cual es el efecto de una estrategia de intervención educativa comunitaria, sobre la percepción de la gestión de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos en el Centro de Salud Villa Victoria, Porvenir Surquillo-Perú, año 2016.

Formulación del problema

Problema General.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos, en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?

Problemas Específicos.

Problema específico 1.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?

Problema específico 2.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?

Problema específico 3.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?

Problema específico 4.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?

Problema específico 5.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, Perú, año 2016?

Problema específico 6.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión práctica, de la fidelización de los usuarios externos del Centro de

Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, Perú, año 2016?

Problema específico 7.

¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, Perú, año 2016?

1.5 Hipótesis

Hipótesis general.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos

Hipótesis Específicas.

Hipótesis específica 1.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos

Hipótesis específica 2.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la

calidad en la atención de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos

Hipótesis específica 3.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos.

Hipótesis específica 4.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos

Hipótesis específica 5.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos

Hipótesis específica 6.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre

la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos

Hipótesis específica 7.

H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos

H0: Una intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos

1.6 Objetivos

Objetivo General.

Determinar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos.

Objetivos Específicos.

Objetivo específico 1.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.

Objetivo específico 2.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.

Objetivo específico 3.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad de atención

en los usuarios externos.

Objetivo específico 4.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.

Objetivo específico 5.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.

Objetivo específico 6.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.

Objetivo específico 7.

Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.

II. Marco Metodológico

2.1 Variables

Variable independiente.

Intervención educativa comunitaria.

Proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica, individual y colectiva (Adaptado de Universidad de Costa Rica 2004).

La intervención comunitaria, consistió en un modelo educativo tomando en cuenta el enfoque constructivista, basado en el modelo didáctico operativo de Bustos.

Tabla 1.

Cronograma de actividades de la intervención educativa

Sesiones Educativas	Duración	Contenidos
Bloque Temático:	Uno	Problemas de salud
Primera sesión	15/06/2016	Saneamiento
Segunda sesión	22/06/2016	Estilos de vida
Tercera sesión	29/06/2016	Prevención de enfermedades
Cuarta sesión	06/07/2016	Promoción de la salud
Bloque Temático:	Dos	Percepción de vulnerabilidad
Quinta Sesión	13/07/2016	Riesgos
Sexta Sesión	20/07/2016	Necesidades de documentación
Bloque Temático:	Tres	Estrategias locales de abordaje
Sétima Sesión	27/07/2016	Entornos saludables
Octava Sesión	03/08/2016	Consejería y acompañamiento
Novena Sesión	10/08/2016	Relacionamiento con servicios de salud
Décima Sesión	17/08/2016	Planes conjuntos: Servicio de salud- Comunidad

Este modelo didáctico operativo de Bustos, tiene cinco momentos: experiencia vivencial, documenta, documentación, aplicación y ampliación; aplicados en sesiones educativas, el cual pretendió mejorar la información de los jefes de familia que participan en el programa de hogares y familias saludables, del ministerio de salud; acerca de la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, y el relacionamiento de la comunidad con el establecimiento de salud.

Variable dependiente 1.

Percepción de la calidad en la atención.

Es el conjunto de acciones percibidas por el paciente que asiste a la institución prestadora de salud con la finalidad de satisfacer su necesidad de salud (Rivera, 2006; p. 15).

Variable dependiente 2.

Fidelización.

Es la relación estrecha y duradera entre el paciente y la institución prestadora de salud frente a cualquier situación de necesidad de salud. Quiere decir que hay una respuesta positiva y continuada del paciente hacia la institución con la finalidad que si en algún momento existe un riesgo acuda directamente a la institución de salud (Rivera, 2006; p. 15).

2.2 Operacionalización de las variables

Tabla 2.

Variable dependiente 1: percepción de la calidad en la atención

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Percepción de la calidad en la atención	Es el conjunto de acciones percibida por el paciente que asiste a la institución prestadora de la salud con la finalidad de satisfacer su necesidad de salud. (Rivera, 2006, pág. 15)	Tangibilidad	Infraestructura	Ordinal de Tipo LIKERT Total desacuerdo Parcialmente en desacuerdo Ni en desacuerdo, Ni de acuerdo Parcialmente de acuerdo Completamente de acuerdo
			Equipamiento	
			Personal de salud	
		Fiabilidad	Interés	
			Preocupación	
		Capacidad de Respuesta	Competencia	
			Claridad en mensajes	
			Horario de atención	
			Tiempo de espera	
		Empatía	Visitas domiciliarias	
Complacencia				
Creencias				
Confidencialidad				
			Confianza	

Tabla 3.

Variable Dependiente 2: Fidelización.

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Fidelización	Es la relación estrecha y duradera entre el paciente y la institución prestadora de salud frente a cualquier situación de necesidad de salud. Quiere decir que hay una respuesta positiva y continuada del paciente hacia la institución con la finalidad que si en algún momento existe un riesgo acuda directamente a la institución de salud. (Rivera, 2006, pag 15)	Personalización	Satisfacción	Ordinal de Tipo LIKERT
		Practicas	Cumplimiento	Total desacuerdo
			Conveniencia	Parcialmente en desacuerdo
			Participación	Ni en desacuerdo Ni de acuerdo
		Habitualidad	Asistencia regular	Parcialmente de acuerdo
		Contribución		Completamente de acuerdo

2.3 Metodología

En la investigación se utilizó el método hipotético-deductivo, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), sostienen que el conocimiento científico no comienza con la observación, sino con problemas.

Uno de los principales legados del método hipotético-deductivo en la ciencia es el planteamiento de problemas, a partir de los cuales sugerir hipótesis alternativas, para intentar explicar un determinado fenómeno (Hernández, 2008; p. 189).

2.4 Tipos de estudio

El estudio de acuerdo a su naturaleza, es de enfoque cuantitativo, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), porque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamientos y probar teorías.

Según su finalidad, es una investigación aplicada, ya que tiene como finalidad la resolución de problemas prácticos. Para Murillo (2008, mencionado por Vargas, 2009; p. 159), la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad.

Por su alcance temporal, se trata de una investigación de corte longitudinal prospectivo. La discusión sobre el significado del término longitudinal la resumió Chin (1989, mencionado por Delgado & Llorca, 2004; p. 141): para los epidemiólogos es sinónimo de estudio de cohortes o seguimiento, mientras que para algunos estadísticos implica mediciones repetidas

2.5 Diseño

El diseño de una investigación, es el conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas, que deberían realizarse para responder a la pregunta de discusión.

La presente investigación, según su carácter, es experimental, del tipo cuasi experimental con pretest, posttest y grupo único. Según Shadish W, Cook T y Cambell (2002).

Los diseños cuasi experimentales tienen dos características principales: (i) carecen de control sobre la programación de variables (cuando, a quien) (ii) no existe un control sobre la selección de los sujetos. Por esta razón, el investigador debe tener conocimiento de aquellas variables que el diseño no controla minimizando su efecto hasta donde sea posible..... [] el experimentador debe ser consciente de dichas imperfecciones en el momento de interpretar sus datos y sacar conclusiones (Campbell & Stanley, 1995)

Los diseños cuasi experimentales, manipulan deliberadamente al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes, solo que difieren de los experimentos “verdaderos” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. En los diseños cuasi experimentales, los sujetos no se asignan al azar a los grupos, ni se emparejan, sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento; son grupos intactos, la razón por la que surgen y la manera como se formaron fueron independientes o aparte del experimento.

Se plantea un esquema de diseño cuasiexperimental con pretest posttest y grupo único:

O1 X O2

O1: Pre-Test

X: Intervención
Test

O2: Post-

2.6 Población, muestra y muestreo

Población.

El establecimiento notifica 80 familias en el programa de familias saludables, de estas se consideró como unidades de estudio, a los cabezas de familia de esas 80 familias, que fue la población estudiada.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), entienden a la población como el conjunto de todos los elementos (unidades de análisis) que pertenecen al ámbito espacial donde se desarrolla el trabajo de investigación. Considera además a la población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y en el tiempo.

Muestra.

No probabilística conformada por 80 cabezas de familia que participan en el programa de familias saludables que el establecimiento de salud ha implementado.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), la muestra es de tipo No probabilística; ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Aquí el procedimiento no es mecánico, no se basa en fórmula de probabilidad, sino que depende de los procesos de toma de decisión del investigador, desde luego las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

Muestreo.

Debido al tamaño de la población, el muestreo que se utilizó para la investigación fue no probabilístico e intencional o por conveniencia.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), el muestreo no probabilístico e intencional consiste: en seleccionar las unidades muestrales más convenientes para el estudio o en permitir que la participación de la muestra sea

totalmente voluntaria. Por tanto, no existe control de la composición de la muestra y la representatividad de los resultados es cuestionable. (p. 154).

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos **Recolección de datos.**

Se recolecto información de fuente primaria a través de una encuesta pre y post.

En las encuestas se recopilaron datos de las variables de estudio. Se utilizó una escala de Likert del 1 al 5, siendo el número 1 (Nunca) y el número 5 (Siempre).

Validación y confiabilidad del instrumento.

En relación a la validez del instrumento, las encuestas, cumplieron con incorporar los principales estándares del Programa de Salud familiar y comunitaria. Mediante un proceso de pilotaje, se pidió a diez integrantes de la comunidad, que revisaran las encuestas y manifiesten si cada enunciado era entendible, se continuo hasta saturar el contenido, con el objeto de evaluar la comprensión y la viabilidad de los instrumentos, se observó una relación importante entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

La validez de contenido del instrumento se llevó a cabo en forma independiente, por cinco expertos con grado de doctor.

Para determinar la confiabilidad del instrumento de investigación, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach; cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{(K-1)} * \left(1 - \frac{\sum S^2}{S^2_t} \right)$$

Dónde:

K : Número de ítems

S²_i: Varianza muestral de cada ítem.

S²_t: Varianza del total de puntaje de los ítems.

Usando el software estadístico SPSS, se obtuvieron los siguientes coeficientes de alfa de Cronbach, los cuales figuran en la Tabla 5.

Tabla 4.

Fiabilidad de instrumentos

Instrumento	Confiabilidad	Estadístico de prueba
1. Percepción de la calidad en la atención	0.89	Alpha de Cronbach
2. Fidelización	0.90	Alpha de Cronbach

n:30

Procedimientos

Implementación de intervención educativa comunitaria.

La estrategia se basó en una “Intervención educativa comunitaria”, en el contexto de la “Educación para la salud”. Consta de diez sesiones educativas, de 2 horas de duración cada una. Las cuales se desarrollaron una vez por semana, en un día y horario, previamente consultado, lo cual facilitó la participación de los jefes de familia, garantizando el 100 % de la asistencia. El día y horario elegidos fue los miércoles de 18 a 19 y 30 horas. Duración 90 minutos.

Para el desarrollo de las sesiones se siguió el enfoque pedagógico constructivista, aplicando módulos educativos con base a situaciones problema, así mismo se recurrió a la utilización de materiales de enseñanza aprendizaje, dando prioridad a los procesos de aprendizaje por encima de los resultados y desarrollo de actitudes sobre los conceptos.

En relación a la dinámica educativa, se aplicó el modelo didáctico operativo de bustos (Ribot, 2006; pp. 157-158).

Para la programación de las sesiones educativas, se buscó que los módulos, estén agrupados por bloques temáticos, para un mejor abordaje del proceso educativo.

Procedimientos de recolección de datos.

Para la implementación del estudio se realizará los trámites administrativos correspondientes para la autorización respectiva de parte de las autoridades del centro de salud.

Inicialmente se aplicó la Prueba de Entrada (Pretest) la cual consideró los ítems correspondientes a los indicadores de las dimensiones de las variables Percepción de la calidad en la atención y Fidelización al grupo experimental antes de aplicar la intervención educativa a la comunidad. Posteriormente se aplicó la Prueba de Salida (Posttest) al Grupo de experimento, la cual fue idéntica a la prueba de entrada.

Control de calidad y almacenamiento de los datos.

El personal investigador previo a la aplicación del instrumento, participo en una reunión de estandarización de procedimientos para la recolección de la información.

El investigador realizo el control de calidad de la información recolectada, tomando el 10 % de los cuestionarios. En caso de presentarse discrepancias, se procedió a realizar la corrección y evaluar otro 10% de las encuestas, de continuar con divergencias se evaluó otro 10%, hasta que no hubo discordancias o se revisó la totalidad de la búsqueda.

Técnicas para el procesamiento de la información

El ingreso de la data se realizó por el investigador, entrenado en esta actividad.

Se buscó la consistencia lógica entre diferentes variables y se realizó una verificación de la calidad de la digitación al 100 %, mediante la doble digitación, para asegurar error “cero” en el ingreso de datos. El sistema de control de calidad contribuyo a verificar integralmente los cuestionarios, lo cual fue una tarea de día a día, con el fin de controlar la presencia de errores y de cuestionarios incompletos.

Se verifico la calidad de la digitación con una redigitación del 100 % de las encuestas diligenciadas. Se realizó la detección de errores en la entrada de datos

mediante el empleo de un programa de ingreso de datos para este tipo de encuestas.

Se obtuvo la consistencia interna de la información contenida en cada cuestionario analizando las relaciones lógicas entre variables. Se desarrolló la evaluación de la consistencia global de la información, mediante el análisis exploratorio de la información cuantitativa, y mediante frecuencias y cruces de las variables.

La base de datos se construyó en Excel, siendo exportada al programa estadístico SPSS versión 21.0 para los análisis correspondientes, al cual se le realizó un control de calidad, tanto para el ingreso de datos como para el análisis de la información.

2.8 Métodos de análisis de datos

Se realizó un nivel de análisis: descriptivo e inferencial. Se inició con un análisis descriptivo de los datos para determinar la frecuencia de presentación de cada variable y su distribución. El proceso de descripción de variables categóricas se complementó con tablas de frecuencia. Dentro del análisis inferencial, se utilizó test no paramétricos, en este caso se utilizó la Prueba No paramétrica de Wilcoxon (Prueba de Rangos con signos de Wilcoxon), puesto que es útil para detectar cambios en las respuestas debidas a la intervención experimental en los diseños del tipo “antes-después” como es el caso. El nivel de significancia se fijó en el 0,05.

Para un mejor análisis y comprensión de resultados, se recodifico la escala de Likert utilizada en el instrumento en tres categorías: Bueno, Regular y Malo.

Tabla 5.

Baremo de Recategorización

Escala de Likert	Categorización
En total desacuerdo + Parcialmente en desacuerdo + Ni en desacuerdo Ni de acuerdo	Malo
Parcialmente de acuerdo	Regular
Completamente de acuerdo	Bueno

2.9 Aspectos éticos

Se notificó a las autoridades del establecimiento de salud, sobre los objetivos y los propósitos del estudio, para que proporcionen la aprobación para su realización. Se obtuvo la aprobación, después de explicar los propósitos del mismo. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los encuestados que proporcionaron la información. La participación fue de forma voluntaria para lo cual se explicó de manera clara y amplia los objetivos de la investigación, se señalaron los beneficios a obtener en el futuro y la libertad de retirarse en el momento que lo deseen sin que ello los perjudique.

La presente fue una investigación con riesgo mínimo, porque solamente involucro el procedimiento de encuestar a los sujetos del estudio. Los datos obtenidos en el estudio serán usados con fines investigativos y académicos, los cuales no serán revelados a ninguna persona, agencia pública o privada.

III. Resultados

En el capítulo que a continuación se expone, se presentan los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos.

3.1 Información general

Tabla 6.

Información general

Edad (años)	n	%
25-35	12	15.00
36-45	42	52.50
46-55	15	18.75
56 a >	11	13.75
Genero	n	%
Masculino	68	85.00
Femenino	12	15.00
Aseguramiento	n	%
SIS	38	47.50
ESSALUD	15	18.75
No tienen	27	33.75
Estado Civil	n	%
Conviviente	25	31.25
Casado	42	52.50
Divorciado	8	10.00
Viudo	5	6.25
Escolaridad	n	%
Primaria incompleta	7	8.75
Primaria completa	5	6.25
Secundaria incompleta	31	38.75
Secundaria completa	29	36.25
Superior tecnica	5	6.25
Superior universitaria	4	5.00
Condicion laboral	n	%
Dependiente	15	18.75
Independiente	55	68.75
Desocupado	10	12.50

El 71.25 % de los encuestados estaban en edades entre 36 - 55 años, el 85 % son de género masculino. En cuanto al estado civil hubo una mayoría de casados, sin

embargo, el 31.25 % tenía una relación estable de convivencia.

El 66.25 % tienen un seguro, ya sea SIS o ESSALUD, de ellos el 47.50 pertenecía al SIS.

En relación a la escolaridad el 75 % desarrollo estudios de secundaria, aunque casi el 50 % estos estudios fueron incompletos. La gran mayoría de ellos su situación laboral era independiente, aunque en la mayoría de ellos su situación era inestable (Tabla 6).

3.2 Estadística Descriptiva

3.2.1 Variable dependiente 1: Percepción de la calidad en la atención.

Tabla 7.

Nivel de percepción de la calidad, antes y después de aplicar la

prueba	Nivel	frecuencia	porcentaje
Pre test	Bueno	11	13.8
	Regular	33	41.2
	Malo	36	45.0
Post test	Bueno	25	31.2
	Regular	37	46.2
	Malo	18	22.5

En la tabla 7 se observa que, los resultados de la prueba de entrada (pre test) el 45 % de los usuarios, tenían una percepción mala acerca de la calidad de atención del centro de salud.

La prueba de salida (post test) según los resultados muestra su efecto en la disminución de los niveles malos y en el incremento del nivel bueno en 17,4 % puntos porcentuales, incrementando de 13,8 a 31,2 %. La figura 1 que se muestra a continuación, lo expresa de igual manera.

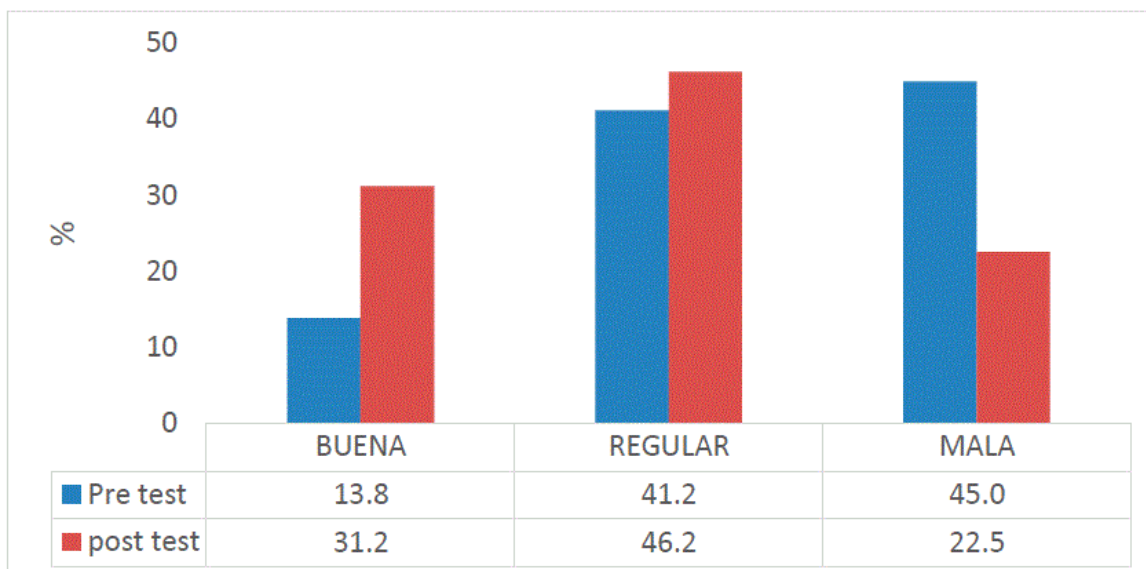


Figura 1. Comparación de resultados antes y después de la intervención en la variable dependiente percepción de la calidad de atención.

Dimensiones de la variable dependiente percepción de la calidad.

Se realizó la evaluación de acuerdo a las dimensiones de la variable dependiente: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía de los usuarios externos.

De acuerdo a la información recogida, la cual se organizó teniendo en consideración las dimensiones de la variable percepción de la calidad, se observa en la Tabla 8, como la intervención tiene un efecto sobre todas las dimensiones de la variable (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía de los usuarios externos). Al comparar el pretest con el postest, los resultados en la última prueba presentan una mejoría importante a expensas del nivel “malo”, contribuyendo a incrementar el nivel “bueno” preferentemente. Las figuras 2 a 5, expresan de igual manera lo expuesto y muestran que la intervención mejora la percepción de la calidad en todas sus dimensiones.

Tabla 8.

Nivel antes y después de la intervención en las dimensiones de la variable dependiente de percepción de la calidad en la atención

Dimensiones	Pre y post test nivel	Frecuencia Observada (fi)	Porcentaje (%)
Trangibilidad Pre test	Bueno	10	12.5
	Regular	36	45.0
	Malo	34	42.5
Trangibilidad Post test	Bueno	24	30.0
	Regular	39	48.7
	Malo	17	21.2
Fiabilidad Pre test	Bueno	9	11.2
	Regular	34	42.5
	Malo	37	46.2
Fiabilidad Post test	Bueno	24	30.0
	Regular	36	45.0
	Malo	20	25.0
Capacidad de respuesta Pre test	Bueno	13	16.2
	Regular	35	43.7
	Malo	32	40.0
Capacidad de respuesta Post test	Bueno	26	32.5
	Regular	38	47.5
	Malo	16	20.0
Empatía Pre test	Bueno	11	13.7
	Regular	34	42.5
	Malo	35	43.7
Empatía Post test	Bueno	25	31.2
	Regular	35	43.2
	Malo	21	26.2

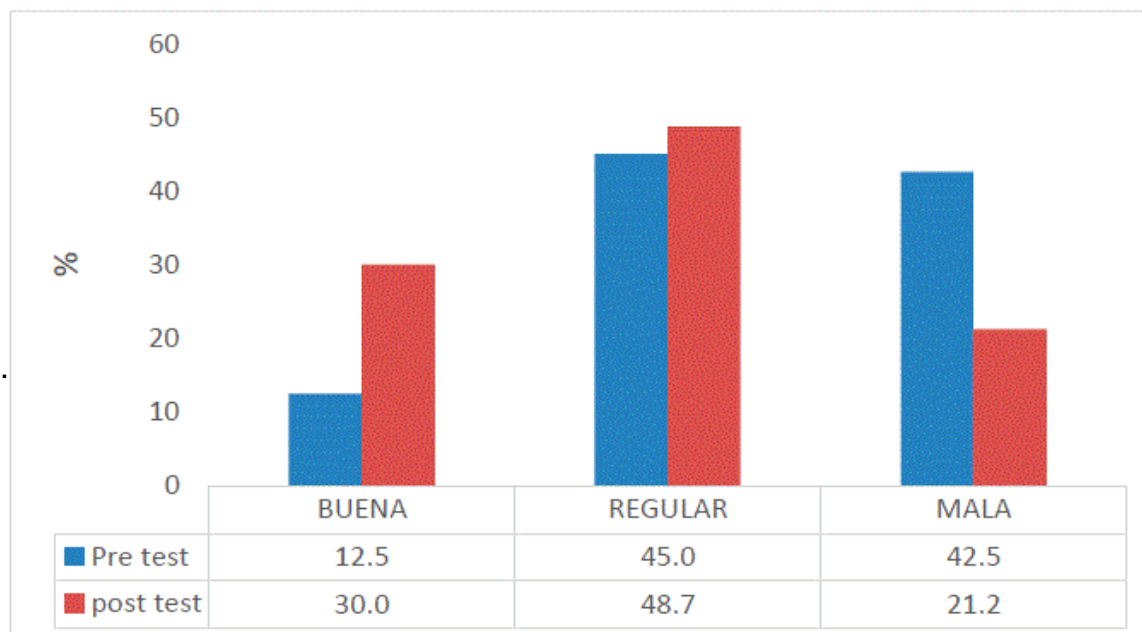


Figura 2. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión tangibilidad de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.

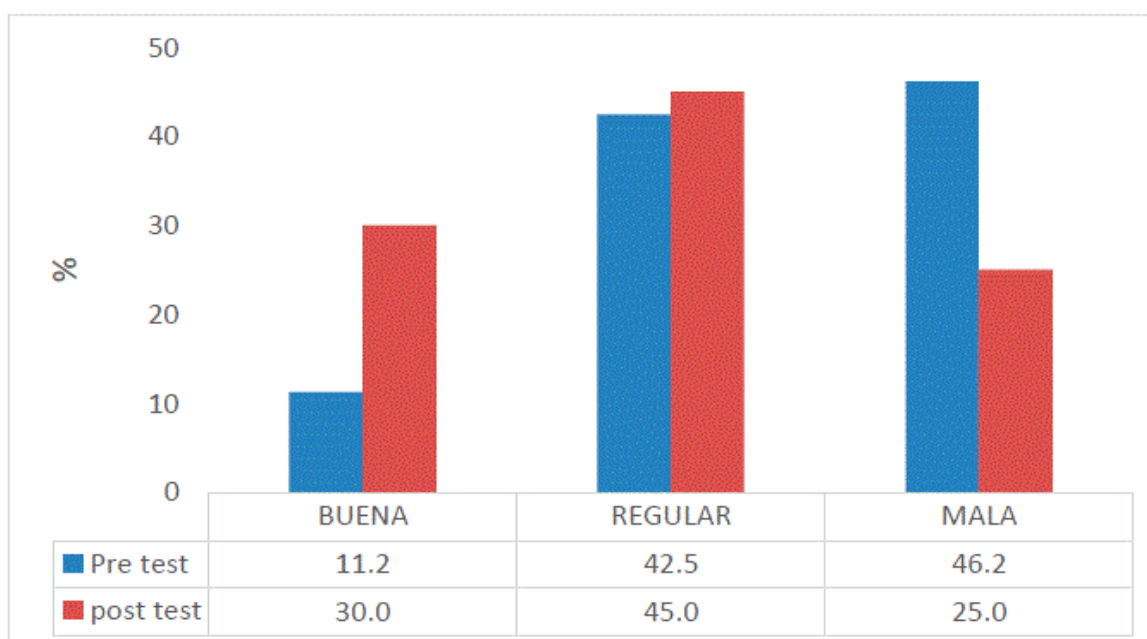


Figura 3. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión tangibilidad de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.

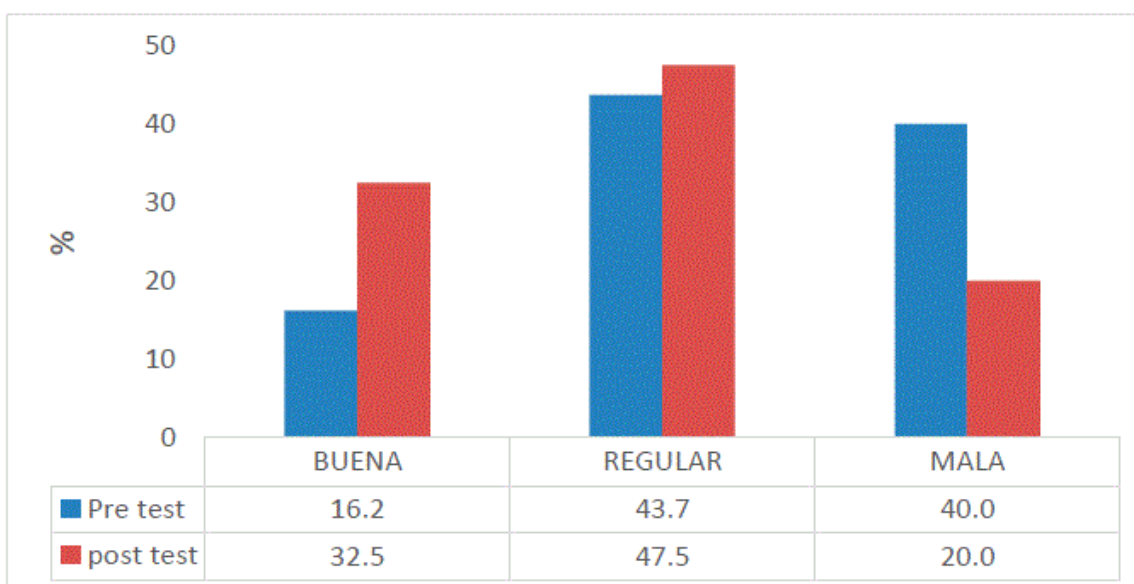


Figura 4. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión capacidad de respuesta de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.

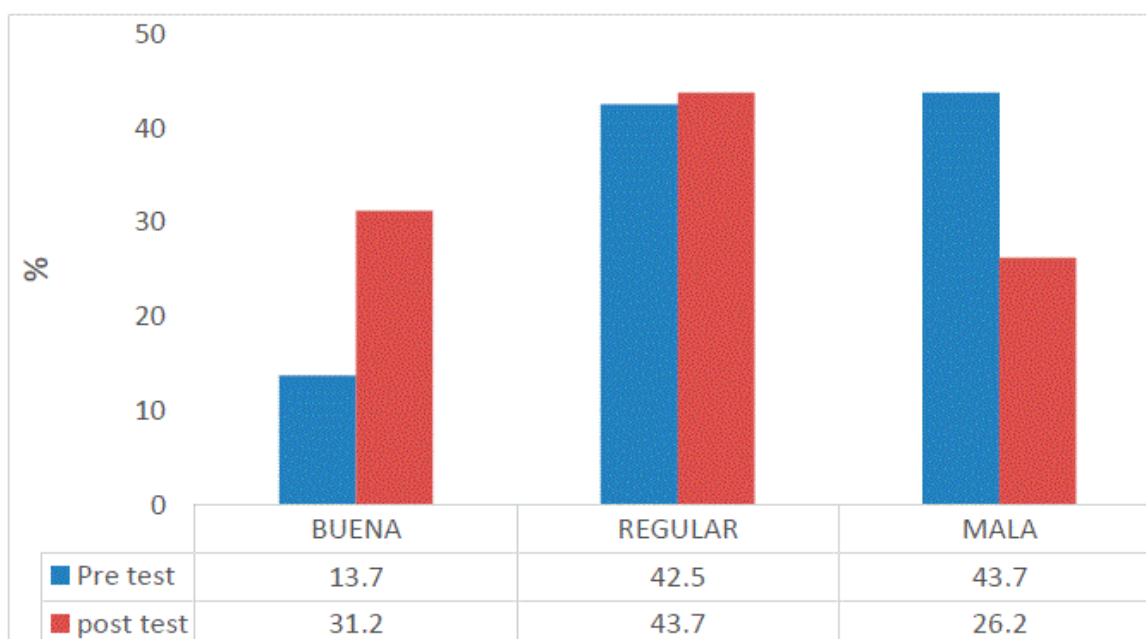


Figura 5. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión empatía de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.

3.2.1 Variable Dependiente 2: Fidelización.

Tabla 9.

Nivel antes y después de la intervención en la variable dependiente fidelización.

Prueba	Nivel	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Pre test	Bueno	15	18.7
	Regular	41	51.2
	Malo	24	30.0
Post test	Bueno	32	40.0
	Regular	38	47.5
	Malo	10	12.5

Los resultados de la prueba de entrada (pre test) el 51.2 % y 30% de los usuarios, tenían un nivel regular y mala fidelización respectivamente. La prueba de salida (post test) según los resultados muestran su efecto en la disminución del nivel malo y en el incremento del nivel bueno en un 21.3%, es decir de un 18.7 a 40 % (Tabla 9), la figura 6 que a continuación se muestra, lo confirma.

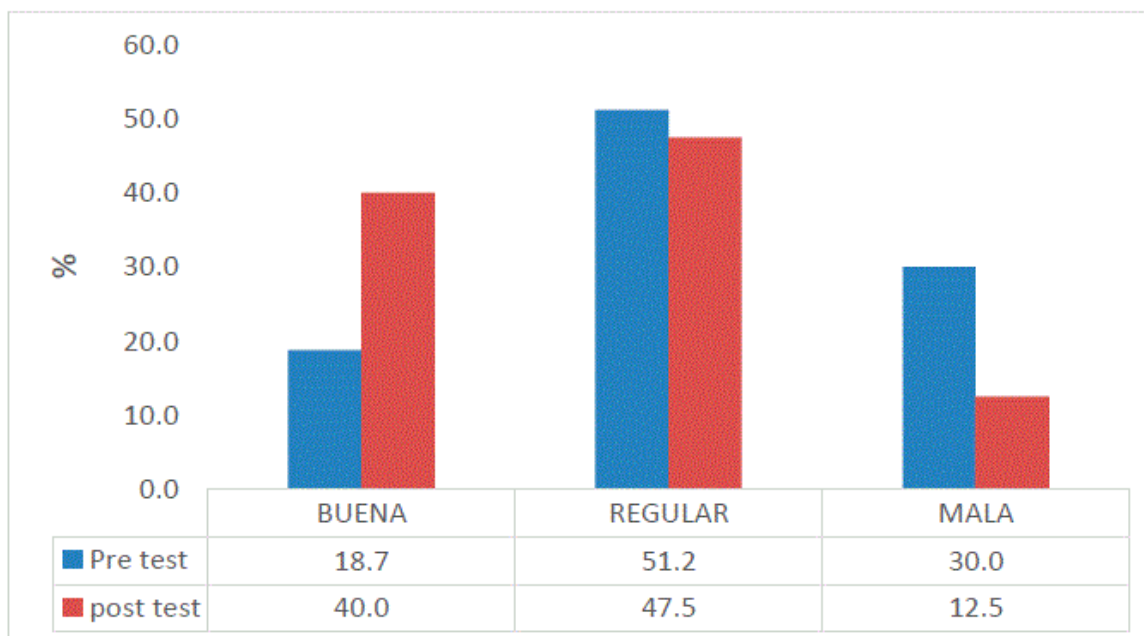


Figura 6. Comparación de resultados antes y después de la intervención en la variable dependiente fidelización.

Dimensiones de la variable dependiente fidelización.

Se realizó la evaluación de acuerdo a las dimensiones de la variable dependiente: personalización, prácticas, habitualidad.

Tabla 10.

Nivel antes y después de la intervención en las dimensiones de la variable dependiente fidelización.

Dimensiones	Pre y post test nivel	Frecuencia Observada (fi)	Porcentaje (%)
Personalización Pre test	Bueno	11	13,7
	Regular	39	48,7
	Malo	30	37,5
Personalización Post test	Bueno	24	30.0
	Regular	39	48.7
	Malo	17	21.2
Practicas Pre test	Bueno	9	11.2
	Regular	34	42.5
	Malo	37	46.2
Practicas Post test	Bueno	24	30.0
	Regular	36	45.0
	Malo	20	25.0
Habitualidad Pre test	Bueno	13	16.2
	Regular	35	43.7
	Malo	32	40.0
Habitualidad Post test	Bueno	26	32.5
	Regular	38	47.5
	Malo	16	20.0

De acuerdo a la información mostrada en la tabla 10, la cual se organizó teniendo en consideración las dimensiones de la variable fidelización, se observa como la intervención tiene un efecto sobre todas las dimensiones de la variable. Al comparar el pretest con el posttest, los resultados en la última prueba presentan un mejor nivel. Las figuras 7 a 9, de igual manera muestran que la intervención mejora la fidelización en el nivel bueno del posttest a expensas del nivel malo del pretest.

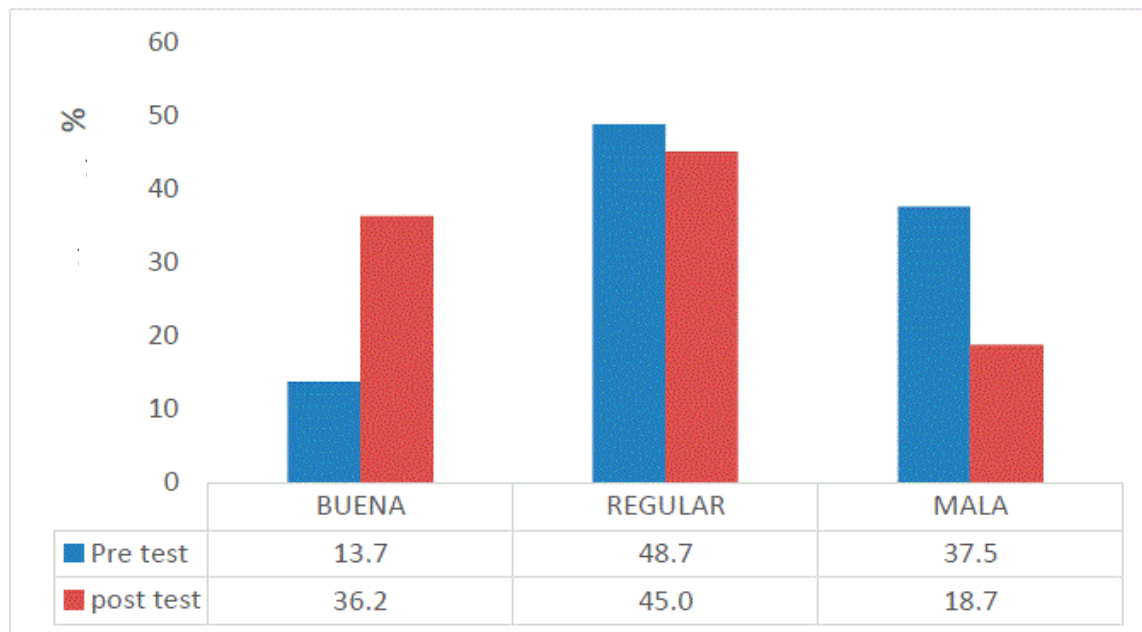


Figura 7. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión personalización de la variable dependiente fidelización.

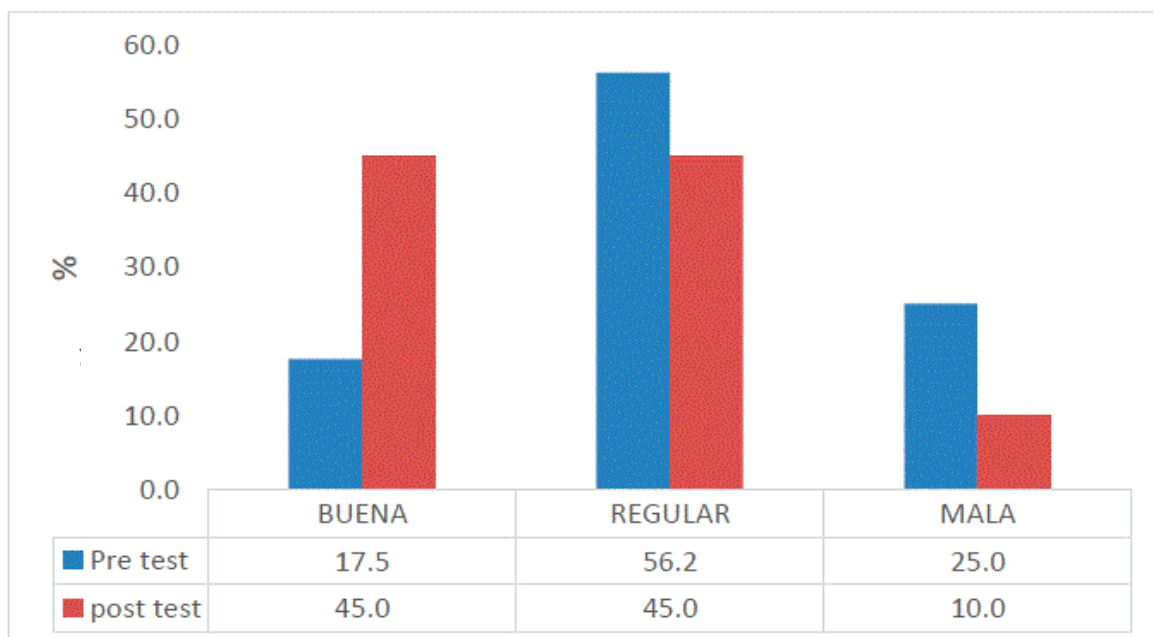


Figura 8. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión práctica de la variable dependiente fidelización.

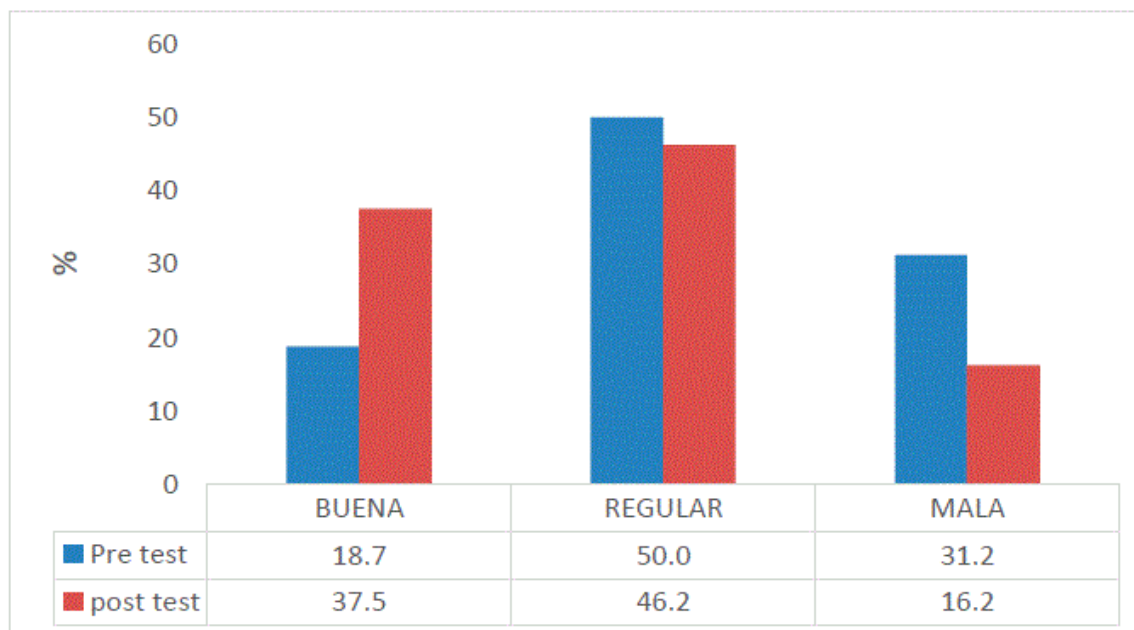


Figura 9. Comparación de resultados antes y después de la intervención con respecto a la dimensión habitualidad de la variable dependiente fidelización.

3.3 Análisis Inferencial

3.3.1 Variable dependiente 1: Percepción de la calidad en la atención.

Hipótesis general.

- H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la percepción de la calidad en la atención.
- H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la percepción de la calidad en la atención.

Tabla 11.

Estadístico de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.

Rangos	Procesos	N°	Rango promedio	Suma de rangos	Estadístico de contrastes	
					Za	Sig. asintót (bilateral)
Post test	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00		
Pre test	Rangos positivos	55 ^b	33.00	2655.00	9.118 ^b	.000
	Empates	25 ^c				
	total	80				

Za. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Para la prueba de la hipótesis general, dado que $Z\alpha: -1.96 > Z_e: -9.118^b$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha:$

0.05 se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test, es significativa por tanto se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la percepción de la gestión de la calidad en la atención de los usuarios externos (Tabla 11).

Hipótesis específica 1.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

Hipótesis específica 2.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

Hipótesis específica 3.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención.

Hipótesis específica 4.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad en la atención.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad en la atención.

Tabla 12.

Estadísticos de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de las dimensiones de la variable dependiente percepción de la calidad en la atención.

Estadístico de contrastes Post test y Pre test		N°	Rango promedio	Suma de rangos	Za	Sig. asintót (bilateral)
Tangibilidad	Rangos negativos	3 ^a	24.42	146.50		
	Rangos positivos	16 ^b	17.95	556.50	-3.312 ^b	.001
	Empates total	61 ^c 80				
Fiabilidad	Rangos negativos	17 ^d	45.58	1458.50		
	Rangos positivos	36 ^e	54.89	3897.50	-4.347 ^b	.000
	Empates total	27 ^f 80				
Capacidad de respuesta	Rangos negativos	18 ^d	46.23	133.50		
	Rangos positivos	55 ^e	44.89	3235.50	-3.594	.000
	Empates total	35 ^f 80				
Empatía	Rangos negativos	0 ^g	.00	.00		
	Rangos positivos	55 ^h	43.00	3655.00	-9.111 ^b	.000
	Empates total	25 ⁱ 80				

Za. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon $Z\alpha$ 0.05: 1.96

En la Tabla 12, se muestra que:

Para la prueba de la hipótesis específica 1, dado que $Z\alpha: -1.96 > Z_e: -3.312$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha: 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test es significativa por tanto se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

Para la prueba de la hipótesis específica 2, dado que $Z\alpha: -1.96 > Z_e: -4.47$ se rechaza la hipótesis nula y por otro lado siendo el grado de significación estadística $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los

resultados del pos test y el pre test se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

Para la prueba de la hipótesis específica 3, dado que $Z\alpha -1.96 > Z_e: -3.594b$ se rechaza la hipótesis nula por otro lado siendo el grado de significación estadística si $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test en desempeño del padre de familia es altamente significativa por tanto, se acepta la hipótesis de investigación estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención.

Para la prueba de la hipótesis específica 4, dado que $Z\alpha -1.96 > Z_e: -9.111b$ se rechaza la hipótesis nula por otro lado siendo el grado de significación estadística si $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test en desempeño del padre de familia es altamente significativa por tanto, se acepta la hipótesis de investigación estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad en la atención.

3.3.2 Variable Dependiente 2: Fidelización.

Hipótesis general.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la fidelización de los usuarios externos.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la fidelización de los usuarios externos.

Tabla 13.

Estadístico de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de la variable dependiente fidelización.

Rangos	Procesos	N°	Rango promedio	Suma de rangos	Estadístico de contrastes	
					Za	Sig. asintót (bilateral)
Post test	Rangos negativos	0 ^a	.00	.00		
Pre test	Rangos positivos	43 ^b	40.00	2655.00	-6.733 ^b	.000
	Empates	37 ^c				
	total	80				

Za. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Para la prueba de la hipótesis general, dado que $Z_{\alpha} = -1.96 > Z_e = -6.733^b$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test, es significativo, por tanto, se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la percepción de la gestión de la calidad en la atención de los usuarios externos (Tabla 13).

Hipótesis específica 5.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.

Hipótesis específica 6.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto

significativo sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.

Hipótesis específica 7.

H1: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.

H0: Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.

Tabla 14.

Estadísticos de contraste con signo de Wilcoxon del post y pre test de las dimensiones de la variable dependiente fidelización

Estadístico de contrastes Post test y Pre test		Nº	Rango promedio	Suma de rangos	Za	Sig. asintót (bilateral)
Personalización	Rangos negativos	13 ^a	14.42	46.50	-5.111 ^b	.000
	Rangos positivos	25 ^b	27.95	156.50		
	Empates total	41 ^c 80				
Practicas	Rangos negativos	31 ^d	44.38	958.50	-3.931 ^b	.000
	Rangos positivos	29 ^e	24.89	897.50		
	Empates total	20 ^f 80				
Habitualidad	Rangos negativos	0 ^d	0.00	0.00	-5.341 ^b	.000
	Rangos positivos	30 ^e	41.77	335.50		
	Empates total	33 ^f 80				

Za. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Z α 0.05: 1.96

En la Tabla 14 se muestra que:

Para la prueba de la hipótesis específica 1, dado que $Z_{\alpha}:-1.96 > Z_e: - 5.111b$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha: 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test es significativa por tanto se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.

Para la prueba de la hipótesis específica 2, dado que $Z_{\alpha}: -1.96 > Z_e: -3.931$ se rechaza la hipótesis nula y por otro lado siendo el grado de significación estadística $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de pos test y el pre test se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.

Para la prueba de la hipótesis específica 3, dado que $Z_{\alpha} -1.96 > Z_e: -- 5.341b$ se rechaza la hipótesis nula por otro lado siendo el grado de significación estadística si $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test es altamente significativo por tanto, se acepta que la hipótesis de investigación estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.

IV. Discusión

El análisis de los datos del estudio, se centró en las diferencias que se obtuvieron antes y después de la intervención educativa. Este estudio se fundamentó, en la necesidad de brindar a la comunidad, educación sobre aspectos preventivos de enfermedades y promoción de la salud, siendo que los conocimientos necesarios sobre estos temas, pueden ayudar a que se motive a los individuos a cambiar hacia actitudes positivas que mejoren sus conductas en salud pública y a la vez cambie su percepción de la calidad de la atención en los servicios y su fidelización hacia el establecimiento de salud.

La investigación realizada pone en evidencia la necesidad de mantener informada a la población a través de estrategias educativas que permite cerrar el círculo de la eficiencia en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Por otro lado estas estrategias facilitan la comprensión de los actores de la comunidad, acerca de los complejos procedimientos que se requieren en una prestación, dentro de un enfoque integral de la salud. Desde esta perspectiva, se requiere de un proceso de mejora de las capacidades del establecimiento de salud tanto en recursos humanos, como financieros, para poder llegar a la comunidad.

El interés de la investigación, se centró en averiguar qué es lo que considera el usuario externo tiene valor en una prestación, para que así las instituciones de salud puedan mejorar y definir lo que los pacientes más necesitan. Este valor es lo que mueve las decisiones de los usuarios externos, entendiendo este valor como algo subjetivo, que depende de las percepciones de cada paciente y se traduce en presencia o ausencia de fidelidad, lo que lo convierte en algo dinámico que puede cambiar en el tiempo y por lo tanto requiere de respuestas de constante perfeccionamiento, en los servicios de salud.

En torno a los programas de familias saludables, llama la atención que:

La salud y el desarrollo son conceptos recíprocos e inseparables, donde la salud es una condición esencial para el desarrollo social por la repercusión que tiene en la capacidad de trabajo de las personas y en el establecimiento de los climas de estabilidad, tranquilidad y progreso social como producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, psicológicos, ecológicos,

socioeconómicos, culturales y políticos que ocurren en la sociedad.

Así mismo consideran que siendo la familia una institución natural y fundamental de la sociedad que constituye la unidad básica de salud y desarrollo, es en ella donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, es el primer agente socializador, donde se construyen valores, cultura y relaciones interpersonales; donde se conjugan prácticas, funciones y se reconocen a las personas con sus especificidades (Perú MINSA, 2006; p. 13).

Es necesario resaltar, con base a lo anterior, que no es un objetivo del programa de familias saludables, mejorar la percepción del usuario externo acerca de la calidad de la atención y la fidelización al establecimiento, porque sus acciones van dirigidas a mejorar acciones desde el punto de vista extramural, sin embargo el modelo de atención vigente va dirigido a una atención integral en un contexto de salud familiar y comunitaria, por lo tanto se tiene que conocer cómo repercute estas acciones que demandan recursos financieros y humanos del establecimiento, en el accionar presente y futuro de la institución.

Con referencia a las estrategias educativas en los programas de salud familiar, se demuestra que:

Las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad. En tal razón se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación. Las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas, a una edad apropiada, para lograr una verdadera prevención. Los conocimientos, constituyen la adecuada modelación de los objetos y fenómenos reales en la conciencia humana, representan la adquisición de datos verificables acerca de los fenómenos y procesos tanto de la naturaleza, la sociedad como del pensamiento, es decir implican la posición de información comprobada sobre el mundo exterior (Paredes, 2012; p. 21).

Se resalta además que:

La educación sanitaria es el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se promueven prácticas saludables y se desalientan aquellas que son dañinas. Para ser efectiva, la educación sanitaria debe responder a las necesidades particulares de la población a la que va dirigida. Por lo tanto, la educación sanitaria es un proceso de formación responsable del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.

Para asegurar la calidad y eficacia de una intervención educativa en salud, hay que considerarlo en un marco real y, para aplicarlo debe adaptarse a las características sociales del lugar donde se hace la intervención, además en los modelos de promoción de la salud se identifican los factores cognitivos-perceptivos del individuo que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y que se traducen en la participación de conductas que favorecen la salud cuando existe una clave de acción, con el objetivo de integrar perspectivas sobre los factores que influyen en las conductas de salud (Araujo et al., 2010; p. 65).

La calidad de la atención sanitaria, se ha convertido en un importante elemento del comportamiento organizacional de los servicios de la salud. Tanto es así que se está dando mucho énfasis a la toma de decisiones, en función de la medida de sus resultados. En suma, un sinnúmero de investigaciones han resaltado el rol de la información para la obtención de un cambio en la percepción de la calidad de la atención y el incremento de la fidelidad de los usuarios (Imbroda, 2014; Rivero, 2003; Vieira, 2015; Ruiz, 2010; Urure, 2007; Londoño, 2014).

En relación con el efecto de intervenciones educativas como instrumentos que permitan dar al usuario externo mayor valor a la prestación de salud y la lealtad a los servicios, se han encontrado investigaciones que apuntan a ello (Vélez, 2012; Mateo, 2013; Cañas, 2010).

Ello ha llevado a incrementar la importancia de conocer el significado de las percepciones que tienen los pacientes sobre la atención que reciben. Hasta ahora la mayoría de los estudios realizados se centran en aquella que se deriva de la atención directa recibida en el establecimiento de salud (Ruiz et al., 2010; p. 98). Sin embargo, no se ha prestado atención, en cómo puede afectarse la percepción que tiene el usuario externo, sobre la calidad de la atención en los establecimientos de salud, luego de haber participado en programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud comunitarios, sobre todo de intervenciones educativas, como la del presente estudio. Se espera como consecuencia de estas estrategias de abordaje comunitario de la salud, que estas ejerzan influencia en la percepción que el usuario externo tiene de la globalidad de la atención en los servicios.

Uno de los principales problemas de valorar la calidad de la atención se relaciona precisamente, con el hecho de que el concepto de calidad para el paciente es un complicado fenómeno, que se relaciona con sus expectativas su estado de salud, sus características sociodemográficas, otras características personales, las características del sistema sanitario, entre otras. En tal secuencia de ideas, es un importante desafío encontrar los métodos apropiados para llevar a cabo su medición, sobre todo teniendo en cuenta el carácter subjetivo de la opinión individual. Por esto, cualquier abordaje centrado en las percepciones del paciente debería complementarse con otras medidas más objetivas de la gestión sanitaria, indicadores de impacto epidemiológico, indicadores de proceso y de resultado (Ruiz et al., 2010; p. 98).

Sánchez (2007), analizo aquellas variables que contribuyen a mejorar el comportamiento organizacional y tienen que ver necesariamente con el nivel de información que tenga el usuario acerca de los procesos para su atención y estos fueron, la satisfacción, calidad percibida, confianza, valor recibido y modo en que se gestionan las reclamaciones e incidencias.

Se plantean que:

Existe un enorme interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la

organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo (Ramírez, Najera & Nigenda, 1998; p. 2).

Adviértase al llegar a este punto que, al existir una buena percepción de la calidad de la atención, la fidelización de los usuarios externos, emerge como un concepto robusto y dinámico, que proyectara una realidad futura mejor que la situación anterior de salud, esto a la vez contribuirá a que se produzca un proceso de mejora continua del servicio de salud, en un marco de calidad de la atención, convirtiéndose en un círculo virtuoso que ayudara a gerenciar mejor los servicios de salud.

En tal secuencia de ideas (Palacios, 2013), en su tesis doctoral realizada en instituciones públicas no relacionadas con la salud, plantea que la satisfacción es un estado psicológico, una actitud, y es posible afirmar que es una evaluación de la experimentación del servicio, que varía a lo largo de un continuo, que va desde lo más favorable a lo más desfavorable y por consiguiente, puede ser medida empleando los instrumentos oportunos, en tal razón la calidad percibida, es un constructo con varios componentes y con diferentes elementos que la determinan.

Para comprender a la calidad de la atención y la fidelización del usuario de los establecimientos de salud, como una nueva estrategia prestacional, tiene que hacerse en el contexto de cada uno de sus componentes o dimensiones y estos a

su vez enmarcados dentro de los tres elementos, que forman parte del sistema de salud, como son: el personal de salud o usuario interno, el paciente o usuario externo y la institución prestadora de salud. Los tres elementos interactúan entre sí con la finalidad de resolver la necesidad de salud de uno de ellos, el usuario externo. El usuario externo y el usuario interno, son dos elementos que están fuertemente conectados, realizando una adhesión continua hacia la institución (Rivera, 2006; p. 49).

Se advierte sin embargo que:

Una vez lograda la satisfacción del cliente, no siempre éste va a ser fiel. El hecho de que un cliente vuelva no implica fidelidad, ya que en ocasiones el cliente se encuentra «retenido». La retención se produce cuando el cliente, a pesar de estar descontento con lo que recibe habitualmente, vuelve debido a no tener otra alternativa. En este caso la llegada de un competidor que ofrezca al cliente lo que éste busca o si se trata de clientes con altos niveles de insatisfacción, puede derivar en que los clientes asuman el cambio.

El cliente fiel se caracteriza pues, además de la repetición de su asistencia, por recomendar y hablar bien de la institución, por ser menos sensible a los cambios, por perdonar más los errores, por acudir con más frecuencia, y por tener menos en cuenta la competencia. Todo esto nos lleva a la conclusión de que, ante todo, hay que esforzarse por fidelizar al usuario, no ha retener.

La fidelización consiste en la realización de acciones encaminadas a conseguir relaciones estables y prolongadas con los usuarios de las que surgirán sentimientos positivos o algún tipo de compromiso. Entonces apunte: el mejor plan de fidelización es conseguir la satisfacción de los clientes (Sánchez y Moreno, 2016; p.109).

Partiendo de los resultados encontrados en el presente estudio, encontramos coincidencia con Arancibia (2010); quien entre las conclusiones de su tesis doctoral, realizada en una institución bancaria; demuestra con respecto a los

determinantes de la fidelidad o factores que la afectan, que la calidad del servicio afecta la satisfacción del cliente y que ésta, a su vez, afecta la fidelidad y también describe otros factores que influyen sobre la lealtad, como son la imagen y la personalización del trato al usuario.

Carrilero (2011), por otro lado concluye, que el valor de la atención percibido por el cliente, también afecta positivamente en los costos de cambio, esto influye sobre las decisiones de los clientes de permanecer en la relación tanto de forma directa como a través de dos de las variables que mayor peso tienen en estos procesos: la satisfacción y la confianza.

En cierta forma, esa fue la premisa inicial, de la presente investigación, en qué manera una comunidad más y adecuadamente informada, puede participar más activamente en la solución de sus problemas de salud y mejore su percepción de la atención y tenga mayor lealtad con el establecimiento de salud. Eso es lo que vemos con frecuencia que ocurre en instituciones que no tienen que ver con la salud y entonces por qué no replicarlo en el comportamiento organizacional de los establecimientos de salud. Tal como lo demuestra Civera (2008), que encuentra que los pacientes se sienten satisfechos en función del grado de funcionalidad, amplitud, comodidad y agradabilidad del ambiente, pero que además influye en la satisfacción con el personal médico y de enfermería, el grado de información que tenga el paciente acerca de la complejidad de los procesos para la prestación de salud. Lo mismo demuestra Gamella (2013), quien entre otras cosas refiere que, el brindar información, el ofrecer intervenciones de educación para la salud, facilita el acompañamiento y ha dinamizado los tiempos de espera, mejorando la tolerancia al mismo. Igualmente, García (2007), plantea que la información es una medida de impacto a la hora de transitar en el proceso de mejora de la calidad.

Sobre la base de las ideas expuestas, la intervención demostró una mejora en los niveles de percepción de la calidad y en la fidelización de los usuarios externos, en relación a las mediciones hechas antes y después de la intervención, similar a lo encontrado en otras investigaciones, algunas de ellas realizadas en instituciones de salud y otras ajenas a ello.

V. Conclusiones

Primera: Para la prueba de la hipótesis general, dado que $Z_{\alpha} = -1.96 > Z_e = -9.118b$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha: 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test, es significativa por tanto se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la percepción de la gestión de la calidad en la atención de los usuarios externos.

Para la prueba de la hipótesis general, dado que $Z_{\alpha} = -1.96 > Z_e = -6.733b$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha: 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test, es significativo, por tanto, se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la fidelización de los usuarios externos.

Segunda: Para la prueba de la hipótesis específica 1, dado que $Z_{\alpha} = -1.96 > Z_e = -3.312$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha: 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test es significativa por tanto se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

Tercera: Para la prueba de la hipótesis específica 2, dado que $Z_{\alpha} = -1.96 > Z_e = -4.347$ se rechaza la hipótesis nula y por otro lado siendo el grado de significación estadística $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, no tiene un efecto significativo sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad en la atención.

Cuarta: Para la prueba de la hipótesis específica 3, dado que $Z_{\alpha} = -1.96 > Z_e = -3.594b$ se rechaza la hipótesis nula por otro lado siendo el grado de significación estadística si $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test en desempeño del alumno es altamente significativa por tanto, se acepta la hipótesis de investigación estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención.

Quinta: Para la prueba de la hipótesis específica 4, dado que $Z\alpha -1.96 > Z_e: -9.111b$ se rechaza la hipótesis nula por otro lado siendo el grado de significación estadística si $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test en desempeño del alumno es altamente significativa por tanto, se acepta la hipótesis de investigación estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía , de la percepción de la calidad en la atención.

Sexta: Para la prueba de la hipótesis específica 5, dado que $Z\alpha: -1.96 > Z_e: -5.111b$ se rechaza la hipótesis nula y siendo el grado de significación estadística $p: 0.00 < \alpha: 0.05$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de la pos test y el pre test es significativa por tanto se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.

Séptima: Para la prueba de la hipótesis específica 6, dado que $Z\alpha: -1.96 > Z_e: -3.931$ se rechaza la hipótesis nula y por otro lado siendo el grado de significación estadística $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados de pos test y el pre test se acepta la hipótesis. Una estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.

Octava: Para la prueba de la hipótesis específica 7, dado que $Z\alpha -1.96 > Z_e: -5.341b$ se rechaza la hipótesis nula por otro lado siendo el grado de significación estadística si $p: 0.000 < \alpha: 0.01$ se acepta que la diferencia de rangos entre los resultados del pos test y el pre test es altamente significativo por tanto, se acepta que la hipótesis de investigación estrategia de intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.

VI. Recomendaciones

1. Es necesario dar sostenibilidad y fortalecer el programa de intervención educativa en la comunidad, que ha demostrado mejorar el nivel de percepción de la calidad de los servicios en sus dimensiones, tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta y empatía; además de la fidelización de los usuarios externos en sus dimensiones, personalización, prácticas y habitualidad; para lo cual deben destinarse recurso humanos y financieros para su ejecución.
2. Continuar brindando programas de intervención educativa en la comunidad, que permite mejorar su nivel de información sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo cual tiene un triple efecto benéfico: primero, por cuanto se trata de una población con riesgo de contraer enfermedades, el disponer de mayor información puede tener un efecto protector para su salud; en segundo lugar, mejora su fidelidad al servicio de salud y la percepción sobre la calidad de la atención sanitaria, en tercer lugar, por tratarse de población con alto riesgo de vulnerabilidad, será un grupo que acuda oportunamente al establecimiento de salud, evitando diagnósticos y tratamientos tardíos.
3. El hecho que el establecimiento de salud continúe con estrategias educativas comunitarias, contribuirá además a un mayor relacionamiento entre el establecimiento de la salud y la comunidad, lo que servirá para implementar actividades de prevención y control de enfermedades extramurales más efectivas.
4. Se debe realizar en el futuro investigaciones que permitan verificar si la intervención educativa comunitaria, tuvo un efecto continuo a largo plazo.
5. Es recomendable, desarrollar futuros estudios en los cuales se compare el efecto de diferentes estrategias de intervención educativa comunitaria, para determinar cuales tienen mayor impacto y se ajustan a la realidad local.

VII. Referencias

- Agüero, L. (2014). *Estrategia de fidelización de clientes* (Tesis de Grado). Santander, España: Universidad de Cantabria.
- Alcántara, G. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Sapiens. Revista Universitaria de investigación, 1, 93-107.
- Alves, D., Campos, N., Lima, A., Veiga, P. y Zanini, C. (2012). *Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20 (3), 1-8.
- Amador C. (1998). *La calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente*. (Tesis de Maestría). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Arancibia, S. (2010). *Factores que influyen en la lealtad de clientes con cuenta corriente en la banca chilena*. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Araujo, S., Coronel, F., Suclupe, S., Torres, C., y Farro, G. (2010), *Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre prácticas sanitarias en trabajadoras sexuales*. Rev enferm Herediana, 3(2): 57-63.
- Aráuz, A., Sánchez, G., Padilla, G., Fernández, M., Rosello, S. y Guzmán, S. (2001). *Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria*. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 9 (3), 145-153.
- Beltrán, B., Ruiz, M., Grau, R., y Álvarez, I. (2007). *Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada*. Rev Cubana Salud Pública, 33(2).
- Borre Y. (2013). *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla* (tesis de Maestría). Bogotá, Colombia: Universidad de Colombia.

- Bozeman, B. (1998). *La gestión pública su situación actual*. México. Fondo de cultura económica. México.
- Buttle F. (1992). *Servqual: review, critique, research agenda*. European journal of marketing 30 (1): 8-32
- Cabrera, C., Gonzales, G., Vega, M. y Centeno, M. (2001). *Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL colesterol en diabéticos tipo 2*. Salud Pública Mex; 43:556-562.
- Cadena, J., Olvera, S., Pérez, M., Balseiro, C. y Matus, R. (2012). *Evaluación de la capacitación de enfermería en dos institutos nacionales de salud*. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 9: 15-24.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2004). *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local*. Universidad de Costa Rica Escuela de Posgrado. San José, C.R.: EDNASSS-CCSS.
- Campbell, D., y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y Cuasi experimentales en la investigación social*. Argentina: Editorial MacNally.
- Cañas, C., Menéndez, C., Tapanes, T., Castillo, R. y Abad, Y. (2012). *Intervención educativa sobre el VIH con adolescentes de la escuela Militar "Canili Cienfue de Arroyo Arenas*. Rev Cubana Med Trop 64 (1): 43-48.
- Carrilero, A. (2011). *Análisis de un modelo de diferenciación efectiva en base a la optimización de la lealtad de clientes en el sector turístico*. (Tesis Doctoral). Valencia, España: Universidad Politécnica de Valencia.
- Chávez, J. (2012). *Aplicación del programa educativo "Escolar sano con alimentación saludable" y su influencia en el nivel cognitivo y en las practicas nutricionales de las madres de la I.E 2099 El Sol-Distrito de Huaura (Periodo 2010-2011)*, (Tesis Doctoral). Lima, Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.
- Chile, Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Dimensiones de la calidad según OECD y EUROSTAT*. Departamento de investigación y desarrollo.4:10-11.
- Chile, Superintendencia de Salud. (2010). *Propuesta metodológica que permite*

evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud.
Departamento de estudios y desarrollo, 1-17.

Civera, M. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido.* (Tesis Doctoral), Castellón de la Plana, España: Universitat Jaume.

Clavijo, J. y Trujillo, M. (2008). *Diseño de un plan de fidelización de clientes para la unidad de banca seguros del Banco Santander en Colombia.* (Tesis de Grado). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Colombia Ministerio de la protección Social (2011). *Documento técnico con los contenidos de direccionamiento pedagógico para la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación saludable y el fomento de ambientes 100% libres de humo de cigarrillo a través de la práctica regular de la actividad física cotidiana, dirigidos a los referentes de la entidades territoriales.* Bogotá, Colombia. ISBN:9i78-958-57211-2-8

Davini, M. (2005). *Educación permanente en salud. Organización panamericana de la Salud OPS, Programa de organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.* Washington, USA.

De la Cruz, I. (2011). *Intervención educativa para incrementar el conocimiento en la prevención de las complicaciones en pacientes con diabetes mellitus del Centro de salud de Macuspana, Tabasco, 2009.* (Tesis de Maestría). México: Escuela de Salud Pública de México.

Delgado, M. y Lorca, J. (2004). *Estudios longitudinales: concepto y particularidades.* Revista española de Salud Publica 78 (2): 141-148

Donabedian, A. (1990). *Evaluando la calidad de atención médica.* México. Editorial. Prensa mexicana.

Donabedian, A. (1993). *Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención.* Salud Publica de México, 35:1.

Doyal, L. y Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need.. London, United Kingdom.*

Edit. Palgrave Macmillan.

- Duque, E. (2005). *Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición*. INNOVAR, Revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia. 64-80.
- Duque, E. y Chaparro, C. (2012). *Medición de la percepción de la calidad del servicio de educación por parte de los estudiantes de la UPTC Duitama*. Criterio libre, 10: 159-192.
- Espinoza, L., Viciano, R., Oliva, C. y Pelayo, P. (2010). *Efecto de una estrategia de intervención educativa en el desarrollo de competencias saludables y estilo de vida en jóvenes universitarios chilenos*. Revista Digital - Buenos Aires - Año 15 - Nº 144. <http://www.efdeportes.com/>
- Fernández, L. *Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis por catéter venosa central del hospital Guillermo Almenra Irigoyen Lima-2011*. (Tesis de Grado). Lima, Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.
- Fernández, A. y Manrique F. (2010). *Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica*. Ciencia y Enfermería, XVI (2): 83-97.
- Gálvez, P. (2011). *Cuestionario para evaluar la calidad de servicios deportivos: estudio inicial de propiedades psicométricas*. (Tesis Doctoral). Málaga, España: Universidad de Málaga.
- Gamella, C. (2013). *Análisis del impacto de la unidad de atención e información a la familia del paciente en el servicio de urgencias del Hospital clínico San Carlos*. (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- García, E. (2007). *Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales*. Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
- Gavidia, V., Rodes, M. y Carratala, A. (1993). *La educación para la salud: una*

propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. Enseñanzas de la ciencia, 11 (3):289-296.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2009). *Metodología: Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad*. Chile, Serie Cuadernos de Trabajo. Chile.

Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R. y Ramírez, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud de México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. Comisión coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de alta especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.

Henderson, V. (1964). *The nature of nursing. American Journal of Nursing, 64(8): 62-68.*

Hernández, A. (2008). *El método hipotético-deductivo como legado del positivismo lógico y el racionalismo crítico: su influencia en la economía*. Ciencias Económicas 26 (2): 183-195 / ISSN: 0252-9521

Hernández R, Fernández C, Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación científica*. Sexta edición. México: Editorial Mc Graw Hill;

Hospital Universitario del Valle. (2010). *Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios*. HUV Evaristo García, ESE. Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Huiza, G. (2006). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval*. Callao. Octubre-diciembre 2003. (Tesis de Maestría). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Illia, Y. (2007). *Propuesta para la implementación del sistema de calidad ISO 9001 y su relación con la gestión estratégica por indicadores BALANCED SCORE CARD aplicado a un operador logístico*. (Tesis de Grado). Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Imbroda, J. (2014). *Análisis de la fidelización y la satisfacción del usuario de centros deportivos*. (Tesis Doctoral). Málaga, España: Universidad de Málaga.
- Ishikawa K. (1961). *¿Qué es el control total de la calidad? La modalidad japonesa*. Editorial Norma.
- Leiva, J. (1990). *Fundamentación y diseño de un modelo de intervención socio educativa desde una perspectiva constructivista, para su aplicación en organizaciones productivas o de servicios. Estudio de su aplicación y observación de su impacto en una empresa* (Tesis Doctoral). Barcelona, España: Universitat Ramon Llull.
- Londoño, B. (2014). *Impacto de los programas de fidelización y la calidad de la relación sobre la lealtad al establecimiento minorista*. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Rey Juan Carlos.
- López, A. (2012). *Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: Adaptación al español del cuestionario "Dental satisfaction Questionnaire"* (Tesis Doctoral). Valencia, España: Universidad de Valencia.
- López, P. (2013). *Calidad, satisfacción y patologías en un servicio de urgencias*. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Martínez A., Martínez, E. y Paz B. (2008). *Estrategias de intervención en promoción de la salud*. *Fisioterapia*; 30(5):238–243.
- Maslow A. (1998). *El hombre autor realizado: Hacia una psicología del ser*. Barcelona: Editorial Kairós. ISBN 84-7245-228-X.
- Mateo, D., Gómez, X., Limonero, J., Martínez, M., Buisan, M., De pascual, V. (2013). *Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida*. *Psicooncología* 10(2-3): 299-316.
- México, Secretaría de Salud. (2007). *Programa específico 2007-2012. Entornos y comunidades saludables*. México.

- Mochón F. (2006). *Globalización: retos de cara al futuro*. Cuadernos de CC EE y EE, 50 (51): 51-83
- Monsalve, D. (2009). *Efecto de una intervención educativa dirigida a cuidadores de niños menores de dos años sobre la prevención del niño sacudido, en una institución de primer nivel, Bogotá D.C. octubre 2009*. (Tesis de Grado). Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Monsalve, L. (2013). *Políticas educativas en educación para la salud en la Unión europea. Estudio comparado*. (Tesis Doctoral). Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Moreno, M. (2004). *Una concepción pedagógica de la estimulación motivacional en el proceso de enseñanza aprendizaje*. (Tesis Doctoral) La Habana Cuba. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona".
- Murillo, L. (2011). *El modelo de enseñanza y aprendizaje de la Licenciatura en enfermería de la Universidad de Costa Rica: una reflexión*. Revista Electrónica Enfermería actual en Costa Rica 21:1-21. Disponible <http://www.revenf.ucr.ac.cr/modelo.pdf>
- Navarro, J. (2010). *Plan de fidelización en servicios de salud en base a estrategias de marketing relacional: caso de las clínicas Maison de Santé- Lima* (Tesis Maestría). Lima, Perú: Universidad ESAN. 1409-4568.ISSN
- Olivera, N. (2013). *Percepción del paciente post operado de catarata sobre la calidad de atención de enfermería en el Hospital de Solidaridad Sede Camaná-Lima*. (Tesis Segunda Especialización). Lima, Perú: Universidad Federico Villarreal.
- Orozco, B., Henao, L. y Londoño, O. (2011). *Nivel de satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa del Hospital Departamental San José de Marulanda Caldas-ESE*. (Tesis de Especialización). Manizales, Colombia: Universidad Católica de Manizales.
- Palacios, J. (2013). *Valoración psicométrica de la escala QPSC de calidad*

- percibida en servicios socioculturales locales.* (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pamies, Seto. (2003). *La fidelidad del cliente en el ámbito de los servicios: Un análisis de la escala "Intenciones de comportamiento"*. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa, 9: 189-204.
- Parasuraman A, y Grewal, D. (2000). *The impact of thecnology on the quality-value-loyalty chain: a research agenda.* Journal of the academy of Marketing, 28 (1): 168-174.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. (1988). *Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.* Journal of the academy of Marketing, 64(1): 12-40.
- Paredes, E. (2012). *Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, 2010.* (Tesis de Grado), Lima Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Pedraza, N., Lavín, J. y Bernal, I. (2014). *Evaluación de la calidad del servicio en la administración pública en México: Estudio Multicaso en el Sector Salud.* Revista Estado, Gobierno, Gestión Pública; 23: 25 – 49.
- Perú, Ministerio de Salud. (1998). *Gestión de la capacitación en las organizaciones: Conceptos básicos.* Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud.
- Perú, Ministerio de Salud. (2005). *Guía de implementación del programa de familias y viviendas saludables.* Dirección General de promoción de la Salud.
- Perú, Ministerio de Salud. (2006). *Programa de familias y viviendas saludables.* Dirección General de promoción de la Salud.
- Pimentel, J., Sanhueza, O., Gutiérrez J. y Gallegos, E. (2014). *Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de*

la diabetes. Ciencia y Enfermería; XX (3): 59-68.

- Porras, L. y López, J. (2008). *Propuesta de un programa piloto de acción social y capacitación dirigido a mujeres cabeza de familia de la UPZ San Cristóbal Norte, de la localidad de Usaquén en Bogotá*. (Tesis de Grado). Bogotá, Colombia: Universidad de San Buenaventura.
- Ramírez, S. (2010). *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. Segunda Ed. La Paz: OPS/OMS.
- Ribot, S. (2006). *Plataforma teórica para el trabajo en el aula*. Laurus Revista de Educación, 12 (22): 153-178.
- Rivera, L. (2006). *La fidelización como estrategia para mejorar la calidad de atención de los pacientes en el control prenatal en un centro materno infantil*. (Tesis de Maestría). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rivero, L. (2003). *Factores de fidelización de clientes de operadores de telecomunicaciones en España*. (Tesis de Doctorado). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Riveros, J. y Berné, C. (2007). *Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing*. Rev. Méd Chile; 135: 862-870.
- Rodríguez, M. (2012). *Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. (Tesis de Maestría). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Romer P. (1990). *Endogenous technological change*. Journal of Political Economy. University of Chicago; 98 (5).
- Romero, C. (2003). *El cambio educativo y la mejora escolar como procesos de democratización*. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad,

Eficacia y Cambio en Educación; 1 (1); 1-26. Obtenido de:
<http://www.ice.deusto.es/rinace/reice/vol1n1/Romero.pdf>

Romero, R. (2011). *Evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga*. (Tesis Doctoral). Málaga, España: Universidad de Málaga.

Ruiz, A. (2010). *Mejora de las condiciones de vida de las familias porcicultoras del Parque Porcino de Ventanilla, mediante un sistema de biodigestión y manejo integral de residuos sólidos y líquidos, Lima, Perú*. (Tesis Doctoral). Barcelona, España: Universitat Ramon Llull.

Salvador, C. (2005). *Percepción de las dimensiones de la calidad de servicios en una muestra de usuarios españoles y paraguayos*. Boletín de Psicología, 83: 69-80.

Sánchez, A. (2007). *El valor del cliente como herramienta estratégica de gestión en un mercado industrial*. (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.

Sánchez, E. (2012). *Programa Educativo para promover la higiene personal en estudiantes del primer grado de educación secundaria en las instituciones educativas estatales de la provincia de Chiclayo*. (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.

Sánchez, M., y Moreno, E. (2003). *La fidelización de los usuarios de la oficina de farmacia*. OFFARM 22 (5): 108-117.

Sánchez, J. (2011). *Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: Los centros de día de atención a menores*. (Tesis Doctoral). Granada, España: Universidad de Granada.

Serrano, A., López, C. y García, G. (2007). *Gestión de la calidad en servicios: una revisión desde la perspectiva del management*. Cuadernos de Gestión; 7 (2): 033-040.

Shadish, W., Cook, T. y Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi-*

experimental designs for generalized causal inference. Boston, New York. United States of America. Edit. Houghton Mifflin Company.

- Tarí, J. y García, M. (2009). *Dimensiones de la gestión del conocimiento y de la gestión de la calidad: una revisión de la literatura*. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa; 15 (3): 135-148.
- Touriñán, J. (2011). *Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: la mirada pedagógica*. Revista portuguesa de pedagogía; 283-307.
- Tovar, M. Santos, M., Paredes, S., Laguna, A., Bermúdez A. (2013). *El constructivismo y la formación profesional de Enfermería*. Biblioteca Las Casas, 9 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0715.php>
- Urure, I. (2007). *Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el servicio de cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006*. (Tesis Doctoral). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vargas, Z. (2009). *La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica*. Educación 33(1): 155-165.
- Vélez, G. (2012). *Diseño y evaluación de un programa de capacitación a padres de niños con parálisis cerebral: estrategia para el uso de los SCAA*. (Tesis Doctoral). Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Veliz, M. y Villanueva, R. (2013). *Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (CERITS) de la DISA II Lima Sur. Agosto a octubre 2011*. (Tesis de Maestría). Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vieira, S. (2015). *Marketing de relaciones. Fidelización de clientes en el sector público de la salud en Portugal-Región de Alentejo*. (Tesis Doctoral). Badajoz, España: Universidad de Extremadura.

Villegas, E. (2005). *Una revisión sobre algunas metodologías de intervención socioeducativa*. XXI. Revista de Educación, 7 (2005). ISSN: 1575 - 0345.

Zeithaml V, Berry L, Parasuraman A. (1996). *The behavioral consequences service quality*. Journal of Marketing; 60: 31-46.

Anexo

Anexo 1. Ficha de Información General sobre Jefe de Familia

Nº Ficha

Edad: (Años cumplidos)

Género: Masculino

Femenino

Aseguramiento:

SIS

ESSALUD

Privado

No tiene

Estado Civil: Soltero

Divorciado

Viudo

Conviviente

Escolaridad: Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Superior técnica

Superior universitaria

Condición laboral de Jefe de familia:

Dependiente

Independiente

Desocupado

Anexo 2. Instrumento de Medición de Variable Dependiente: Percepción de la Calidad en la Atención

Estimado (a) Sr (a):

Mi nombre es Rosa Vicenta Rodríguez García alumna del Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad de la Universidad Cesar Vallejo y es grato dirigirme a usted, para hacerle llegar el presente cuestionario, en el marco de una investigación para la elaboración de mi tesis doctoral Su opinión es muy importante, para mejorar la calidad del Programa de Familias Saludables, que el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir (Surquillo), viene desarrollando en su comunidad, Por esta razón le agradeceríamos contestar las preguntas que hacemos a continuación, por favor marque el número que más se aproxima a la valoración que usted realiza, tomado en cuenta que 1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 5 es “Completamente de Acuerdo”.

1	Total desacuerdo
2	Parcialmente en desacuerdo
3	Ni en desacuerdo Ni de acuerdo
4	Parcialmente de acuerdo
5	Completamente de acuerdo

Hacemos de su conocimiento también que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

DIMENSIONES

Nº	TANGIBILIDAD	1	2	3	4	5
1	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención					
2	Opina que las instalaciones del Centro de Salud donde se aplican vacunas son adecuadas					
3	Opina que las instalaciones del programa del adulto mayor son adecuadas					
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas					
5	Opina que las instalaciones del programa materno infantil son adecuadas					
6	Opina que las instalaciones donde se realiza el control del niño sano son adecuadas					
7	Opina que el Centro de salud tiene el equipamiento adecuado para la atención preventiva					
8	Opina que el aspecto del personal de salud que atiende en los programas preventivos es el adecuado					
Nº	FIABILIDAD	1	2	3	4	5
9	Opina que el personal que lo atiende muestra interés porque adquiera información de cómo prevenir enfermedades					
10	Opina que el personal que lo atiende se preocupa por transmitirle mensajes para prevenir enfermedades					
11	En caso de tener alguna duda sobre aspectos preventivos el personal de salud al cual se dirige le resuelve su inquietud					
12	Percibe buena disposición de ayuda cuando tiene alguna duda sobre aspectos preventivos					
13	Ante sus dudas sobre aspectos preventivos el personal de salud es accesible					

Nº	CAPACIDAD DE RESPUESTA	1	2	3	4	5
14	El personal de salud le explica con palabras fáciles de entender los mensajes preventivos.					
15	Si le entregaron algún material educativo este era fácil de entender					
16	El personal de salud le explica con palabras fáciles de entender las medidas de prevención a tomar en casa.					
17	El horario de atención en el establecimiento de salud le pareció adecuado					
18	Esta de acuerdo con el tiempo de espera para ser atendido en alguno de los programas preventivos del establecimiento					
19	Considera usted que el personal de salud debería realizarle visitas periódicas a su domicilio					
20	Esta de acuerdo usted con la forma que el personal de salud efectúa las visitas en su domicilio					
Nº	EMPATIA	1	2	3	4	5
21	En términos generales usted se siente satisfecho con la atención recibida en el establecimiento de salud					
22	El personal de salud respeta sus creencias en relación a las medidas para prevenir enfermedades					
23	El personal de salud respeta la confidencialidad de la información que usted proporciona					
24	El personal de salud le brinda confianza para expresar sus dudas					

Anexo 3. Instrumento de Medición de Variable Dependiente: Fidelización

Estimado (a) Sr (a):

Mi nombre es Rosa Vicenta Rodríguez García alumna del Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad de la Universidad Cesar Vallejo y es grato dirigirme a usted, para hacerle llegar el presente cuestionario, en el marco de una investigación para la elaboración de mi tesis doctoral Su opinión es muy importante, para mejorar la calidad del Programa de Familias Saludables, que el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir (Surquillo), viene desarrollando en su comunidad, Por esta razón le agradeceríamos contestar las preguntas que hacemos a continuación, por favor marque el número que más se aproxima a la valoración que usted realiza, tomado en cuenta que 1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 5 es “Completamente de Acuerdo”.

1	Total desacuerdo
2	Parcialmente en desacuerdo
3	Ni en desacuerdo Ni de acuerdo
4	Parcialmente de acuerdo
5	Completamente de acuerdo

Hacemos de su conocimiento también que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación.

DIMENSIONES

Nº	PERSONALIZACION	1	2	3	4	5
1	Usted recomendaría el establecimiento de salud a otros vecinos					
2	Usted hablaría con otras familias, para que ellas implementen, medidas de prevención de enfermedades					
3	Usted se siente satisfecho con la atención recibida en los programas preventivos del establecimiento de salud.					
4	Usted divulgaría acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en los programas preventivos del establecimiento de salud.					
5	Usted divulgaría acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en el establecimiento de salud					
Nº	PRACTICAS	1	2	3	4	5
6	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en saneamiento, conseguiría prevenir enfermedades					
7	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en estilos de vida, conseguiría prevenir enfermedades					
8	Usted considera, que cuando los niños cumplen con el calendario de vacunaciones, se previenen enfermedades					
9	Usted considera que es conveniente realizar a los niños sanos sus controles en el establecimiento de salud					
10	Usted considera, que cuando las viviendas están ventiladas, es una medida preventiva en tuberculosis					

Nº	HABITUALIDAD	1	2	3	4	5
11	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud					
12	Usted participaría en algún programa que promueva las familias saludables					
13	Usted asistiría regularmente a las actividades educativas que convoque un programa que promueva familias saludables					
14	Usted considera que los programas preventivos de enfermedades del establecimiento de salud contribuyen al desarrollo de su comunidad					
15	Usted considera que un programa que promueve familias saludables contribuye al desarrollo de su comunidad					

Anexo 4. Matriz de Consistencia

TITULO: Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad de atención y fidelización en usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir -
AUTORA: Rosa Vicenta Rodríguez García

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
Problema principal	Objetivo general	Hipotesis general	Variable Independiente: Intervención educativa comunitaria
¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos, en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?	Determinar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos.	H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos	Proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica, individual y colectiva (Adaptado de Universidad de Costa Rica 2004). La intervención comunitaria, consistió en un modelo educativo tomando en cuenta el enfoque constructivista, basado en el modelo didáctico operativo de Bustos.
Problemas secundarios	Objetivos específicos	Hipotesis específicas	
1. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?	1. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.	(1) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos	

TITULO: Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad de atención y fidelización en usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir -						
AUTORA: Rosa Vicenta Rodríguez García						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problemas secundarios	Objetivos específicos	Hipotesis específicas	Variable dependiente: Percepción de la calidad de la atención			
			Dimensiones	Indicadores	Items	Niveles o rangos
2. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?	2. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.	(2) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos	Tangibilidad	Infraestructura Equipamiento Personal de salud	1 al 8	Total desacuerdo Parcialmente desacuerdo Ni en desacuerdo Ni de acuerdo Parcialmente de acuerdo Completamente de acuerdo
3. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?	3. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.	(3) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos	Fiabilidad	Interes Preocupación Competencia	9 al 13	
			Capacidad de respuesta	Claridad en mensajes Horario de atención Tiempo de espera Visita domiciliaria Complacencia	14 al 20	
			Empatía	Creencias Confidencialidad Confianza	21 al 24	

TITULO: Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad de atención y fidelización en usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2016						
AUTORA: Rosa Vicenta Rodríguez García						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problemas secundarios	Objetivos específicos	Hipotesis específicas	Variable dependiente: Fidelidad			
			Dimensiones	Indicadores	Items	Niveles o rangos
4. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, Surquillo, Perú, año 2016?	4. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.	(4) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos	Personalización	Recomendaciones Satisfacción	1 al 5	Total desacuerdo Parcialmente desacuerdo Ni en desacuerdo Ni de acuerdo Parcialmente de acuerdo Completamente de acuerdo
5. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, Perú, año 2016?	5. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.	(5) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos	Prácticas	Cumplimiento Conveniencia	6 al 10	
6. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, Perú, año 2016?	6. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.	(6) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos		Participación Asistencia regular	11 al 15	
7. ¿Cuál es el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir Surquillo, Perú, año 2016?	7. Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.	(7) H1: Una intervención educativa comunitaria, tiene un efecto significativo sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos	Habitualidad	Contribución		

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADISTICA A UTILIZAR
TIPO:	POBLACIÓN:	VARIABLE DEPENDIENTE 1: Percepción de la calidad de la atención	PRIMERO UN ANALISIS DESCRIPTIVO:
De acuerdo a su naturaleza: Enfoque cuantitativo De acuerdo a su finalidad: Aplicada De acuerdo a su alcance temporal: Longitudinal prospectiva	80 familias saludables	Tecnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Cuestionario especifico desarrollado con fines del estudio y validado por juicio de expertos (Cinco doctores).	Se realizará analisis: descriptivo, comparativo. Se iniciará con un análisis exploratorio de los datos para determinar la frecuencia de presentación de cada variable y su distribución. Para el analisis comparativo se medirán las variables en dos momentos antes y posterior a la intervención. El proceso de descripción de variables categóricas se complemento con tablas de frecuencia.
DISEÑO:	TIPO DE MUESTRA:		
Experimental: Cuasiexperimental Pretest Post Test con Grupo unico	Censal		
METODO:	TAMAÑO DE MUESTRA:		
		VARIABLE DEPENDIENTE 2: Fidelización	LUEGO ANALISIS INFERENCIAL
Hipotetico deductivo	No probabilistica conformada por 80 familias saludables que es la misma de la población.	Tecnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Cuestionario especifico desarrollado con fines del estudio y validado por juicio de expertos (Cinco doctores).	Se utilizó test no paramétricos, en este caso se utilizó la Prueba No paramétrica de Wilcoxon (Prueba de Rangos con signos de Wilcoxon), puesto que es útil para detectar cambios en las respuestas debidas a la intervención experimental en los diseños del tipo “antes-después” como es el caso. El nivel de significancia se fijo en el 0,05.

Anexo 5. Consentimiento Informado

Investigador: Rosa Vicenta Rodríguez García N° de Teléfono: 945 965 827.

Instrumento: Encuesta

Propósito del estudio

Lo estamos invitando a participar en la investigación llamada: “Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad de atención y fidelización en usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2016”.

Procedimientos

Se desarrollara en el marco de un proyecto de tesis para optar el grado de doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad en la Universidad César Vallejo. Estamos realizando una entrevista a cabezas de familia de los hogares que participan en programa de familias saludables.

Si usted acepta participar, se compromete a asistir a las sesiones educativas programadas y se le aplicará una encuesta antes y después de ellas, las cuales servirán, para identificar y comprender aspectos relacionados con la investigación. No se realizarán otros estudios adicionales a los mencionados en este consentimiento informado. Se calcula que la encuesta debe durar un promedio de 30 minutos.

Toda la información recogida en esta investigación, será manejada con absoluta confidencialidad. Los cuestionarios serán identificados solamente con un código. Nadie además del investigador tendrá acceso a los datos. La información será conservada hasta que los reportes del estudio sean publicados, y por ninguna razón se revelará el nombre del participante en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

Dejamos constancia que su participación es completamente voluntaria. Usted puede rehusarse a participar o puede suspender la entrevista en cualquier momento que lo desee.

Al principio del documento se encuentra el nombre del investigador y su número telefónico, de tal manera que usted pueda contactarlo en casos de cualquier duda, sobre la investigación.

Riesgos

No se prevén riesgos por participar en este estudio. En el caso que usted considere que hay preguntas que invaden su privacidad puede rehusarse a contestarlas.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar, igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en el estudio.

Consentimiento

He leído la información proporcionada y acepto voluntariamente participar en la investigación, he comprendido con claridad lo explicado anteriormente, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto me afecte de ninguna manera. Entiendo que una copia de este consentimiento informado, me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio, cuando este hubiese concluido. A continuación paso a dar mi consentimiento mediante mi nombre completo y mi firma que da fe de mi participación.

Nombre del participante: -----

Firma del participante: _____

DNI: _____

Anexo 6. Desarrollo del Programa de Intervención Educativa Comunitaria

1. Justificación

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales; orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir, disfruten de una vida saludable y se mantengan sanos; de tal manera que ganen salud, eviten las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el país en el marco de una política sectorial, como es la atención integral de salud, basada en familia y comunidad.

En tal razón, el Ministerio de Salud, en el contexto de las políticas y líneas estratégicas, ha implementado el Programa de familias y viviendas saludables, que busca contribuir a que los hogares peruanos se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables, en interrelación permanente de la comunidad, los servicios de salud y sus diferentes actores sociales.

En el marco del programa, se desarrolla una estrategia educativa de difusión de medidas preventivas de enfermedades y de promoción de la salud, cuya finalidad es alcanzar los objetivos del programa de salud familiar. Sin embargo, no es objetivo del programa, cambiar la percepción de la comunidad sobre la calidad de la atención en el servicio de salud y la fidelización al establecimiento de salud, que es lo que buscamos con esta investigación.

En tal sentido, esta estrategia educativa comunitaria, tiene como propósito compartir información básica en educación para la salud, para que los jefes de familia aprendan a prevenir enfermedades y promover en ellos y en sus familiares, estilos de vida saludable, que aporten al mejoramiento del nivel de calidad de vida y de su estado de salud, además de mejorar su relacionamiento con el establecimiento de salud de la jurisdicción.

2. Objetivo general

Determinar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos.

3. Objetivos específicos

- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión tangibilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.
- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión fiabilidad, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.
- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión capacidad de respuesta, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.
- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión empatía, de la percepción de la calidad de atención en los usuarios externos.
- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión personalización, de la fidelización de los usuarios externos.
- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión prácticas, de la fidelización de los usuarios externos.
- Identificar el efecto antes y después de la intervención educativa comunitaria, sobre la dimensión habitualidad, de la fidelización de los usuarios externos.

4. Contenido

Conceptual	Actitudinal
Identifica los conceptos sobre los principales problemas de salud relacionados con el saneamiento, ambiental que afectan a su familia y comunidad.	Valora los conceptos y la aplicabilidad en su familia y comunidad, sobre los principales problemas de salud relacionados con el saneamiento ambiental.
Identifica los conceptos sobre los principales problemas de salud relacionados con los estilos de vida, inadecuados que afectan a su comunidad.	Valora los conceptos y la aplicabilidad en su familia y comunidad, sobre los principales problemas de salud relacionados con los estilos de vida inadecuados..
Conoce las medidas preventivas más importantes relacionadas con su problemática de salud.	Integra los conceptos recibidos y los aplica para prevenir enfermedades en su familia y comunidad.
Conoce las acciones más importantes de promoción de la salud.	Informa a su familia y comunidad sobre las actividades más importantes para promover la salud.
Comprende la definición de riesgos e identifica la relación de estos con sus problemas de salud.	Integra los conceptos recibidos y los aplica a través de acciones que eviten los riesgos de enfermedades, en su familia y comunidad.
Resuelve situaciones prácticas durante la sesión, a través de la aplicación de medidas de prevención.	Organiza a su familia y la comunidad, para identificar cuáles son sus aspectos más vulnerables, y que incrementen el riesgo de enfermedad.
Conoce las barreras y motivaciones para mejorar el apoyo familiar y de la comunidad.	Organiza a su familia y la comunidad, en acciones de consejería y acompañamiento.
Conoce las barreras y motivaciones para disponer de entornos saludables.	Motiva a su familia y comunidad, para un trabajo conjunto que contribuya a conseguir un entorno saludable.
Conoce las ventajas de mejorar el relacionamiento con el servicio de salud e identifica los principales nudos críticos para una mejor atención.	Motiva a su comunidad para una relación más estrecha con el establecimiento de salud, que permita la solución de nudos críticos en el establecimiento de salud que mejore la atención.
Conoce las ventajas del trabajo conjunto para mejorar la situación de salud de su familia y la comunidad.	Motiva a su comunidad para una relación más estrecha con el establecimiento de salud, que permita la elaboración de planes conjuntos que ayude a conseguir una comunidad saludable.

5. Desarrollo de sesiones educativas

La estrategia se basará en una “Intervención educativa comunitaria”, en el contexto de la “Educación para la salud”. Constará de diez sesiones educativas, de 90 minutos de duración cada una. Las cuales se desarrollarán una vez por semana, en un día y horario que facilite la participación de los jefes de familia, los cuales fueron previamente consultados.

Para el desarrollo de las sesiones se seguirá el enfoque pedagógico constructivista, aplicando módulos educativos con base a situaciones problema, asimismo se recurrirá a la utilización de materiales de enseñanza aprendizaje, dando prioridad a los procesos de aprendizaje por encima de los resultados y desarrollo de actitudes sobre los conceptos.

En relación a la dinámica educativa, se aplicará el modelo didáctico operativo de Bustos (Ribot, 2006; pp. 157-158).

Para la programación de las sesiones educativas, los módulos estarán agrupados por bloques temáticos, para un mejor abordaje del proceso educativo.

6. Módulos educativos

6.1 Bloque Temático Uno: Problemas de salud

Primera Sesión Educativa: Saneamiento ambiental

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso práctico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20	Taller sobre caso práctico
Documentación	Módulo	20	Explicación de conceptos sobre saneamiento y su relación con problemas de salud en el hogar y la comunidad.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por

 facilitador

Segunda Sesión Educativa: Estilos de vida

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre estilos de vida y su relación con problemas de salud en el hogar y la comunidad.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

Tercera Sesión Educativa: Prevención de enfermedades

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre prevención de enfermedades.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

Cuarta Sesión Educativa: Promoción de la salud

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre promoción de la salud.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

6.2 Bloque Temático Dos: Percepción de vulnerabilidad

Quinta Sesión Educativa: Riesgos

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre vulnerabilidad y riesgos de salud.
Aplicación	Ejercicios Practicas	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

Sexta Sesión Educativa: Necesidades de intervención

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre necesidades de intervención en áreas de riesgo de enfermedades.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

6.3 Bloque Temático Tres: Barreras y motivación: estrategias de abordaje

Séptima Sesión Educativa: Entornos saludables

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre entornos saludables y las oportunidades perdidas que impiden comunidades saludables.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

Octava Sesión Educativa: Apoyo familiar y comunidad

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de conceptos sobre consejería y acompañamiento de familiares afectados por enfermedades.
Aplicación	Ejercicios Practicas	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

Novena Sesión Educativa: Relacionamiento con servicios de salud

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de procesos para la atención e Identificación de nudos críticos para disponer de una mejor atención en el establecimiento de salud ..
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

Decima Sesión Educativa: Planes conjuntos servicio de salud-comunidad

Momento	Técnicas	Tiempos (minutos)	Actividades/Participación
Experiencia Vivencial	Caso practico Demostrativo	15	Lectura de caso ficticio
Reflexión	Dinámica de Grupos	20 s	Taller sobre caso practico
Documentación	Modulo	20	Explicación de elementos necesarios para un trabajo conjunto con el establecimiento de salud, a punto de partida de necesidades de salud identificadas.
Aplicación	Ejercicios Prácticos	20	Uso de video sobre situaciones
Ampliación	Dinámica	15	Integración del tema por facilitador

7. Materiales

- Equipo multimedia y laptop.
- Videos de educación para la salud.
- Material de lectura.
- Papel bond A4
- Tarjetas de cartulina.
- Plumones para papel
- Lápices con borrador
- Material de difusión del Programa de salud familiar y comunitaria.

Anexo 7. Constancia emitida por la institución que autoriza la realización del estudio.



CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctor/a: Isabel Menacho Vargas
 Angel Salvatierra Melgar
 Jhon Murillo Flores
 Felipe Guizado
 Oriana Rivera Lozada

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Doctorado con mención **Gestión Pública y gobernabilidad** de la UCV, en la sede los olivos promoción 2015, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título nombre del proyecto de investigación es: ***Intervención educativa comunitaria sobre la percepción de la calidad en la atención y la fidelización de los usuarios externos, Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2016***

.. y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

 Firma
 Apellidos y nombre: Rosa Rodríguez García
 D.N.I:

Anexo 8. Formato de Validación de instrumentos



DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable 1: Estrategia educativa comunitaria

Proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva. (Adaptado de Universidad de Costa Rica, 2004)

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Conocimiento

Sanearamiento, Estilos de vida, Género, Medidas preventivas

Dimensión 2: Percepción de vulnerabilidad, riesgos, Consejería

Dimensión 3: Barreras y motivación

Apoyo familiar, Comunicación, Mensajes educativos, Medios de comunicación

Variable 2: Percepción de la calidad en la atención

Es el conjunto de acciones percibidas por el paciente que asiste a la institución prestadora de salud con la finalidad de satisfacer su necesidad de salud. (Rivera, 2006, pag.15)

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1: Tangibilidad

Infraestructura Equipamiento Personal de salud

Dimensión 2: Fiabilidad

Interés Preocupación Competencia

Dimensión 3: Capacidad de respuesta

Claridad en mensajes, Horario de atención, Tiempos de espera, Visitas domiciliaria

Dimensión 4: Empatía

Complacencia, Creencias Confidencialidad Confianza

Variable3: Fidelización

Es la relación estrecha y duradera entre el paciente y la institución prestadora de salud frente a cualquier situación de necesidad de salud. Quiere decir que hay una respuesta positiva y continuada del paciente hacia la institución con la finalidad que si en algún momento existe un riesgo acuda directamente a la institución de salud. (Rivera, 2006, pag 15)

Dimensiones de las variables:**Dimensión 1: Personalización**

Recomendaciones, Satisfacción

Dimensión 2: Prácticas

Cumplimiento, Conveniencia

Dimensión 3: Habitualidad

Participación, Asistencia, Regular Contribución

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Estrategia de intervención educativa comunitaria

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rangos
Conocimiento	Saneamiento Estilos de vida Genero Medidas preventivas	1 al 9	Total desacuerdo Parcialmente en desacuerdo Ni en desacuerdo Ni de acuerdo Parcialmente de acuerdo Completamente de acuerdo
Percepción de vulnerabilidad	Riesgos Consejería	10 al 15	
Barreras y motivación	Apoyo familiar Comunicación Mensajes educativos Medios de comunicación	16 al 26	

Fuente: Elaboración propia.

Variable: Percepción de la calidad en la atención

Dimensiones	indicadores	ítems	Niveles o rangos
Tangibilidad	Infraestructura Equipamiento Personal de salud	1 al 8	Total desacuerdo Parcialmente en desacuerdo Ni en desacuerdo Ni de acuerdo Parcialmente de acuerdo Completamente de acuerdo
Fiabilidad	Interés Preocupación Competencia	9 a 13	
Capacidad de respuesta	Claridad en mensajes Horario de atención Tiempos de espera Visitas domiciliarias	14 a 20	
Empatía	Complacencia Creencias Confidencialidad Confianza	21 a 24	

Fuente: Elaboración propia.

Variable: Fidelización

Dimensiones	indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Personalización	Recomendaciones Satisfacción	1 al 5	Total desacuerdo Parcialmente en desacuerdo Ni en desacuerdo Ni de acuerdo Parcialmente de acuerdo Completamente de acuerdo
Prácticas	Cumplimiento Conveniencia	6 al 10	
Habitualidad	Participación Asistencia regular Contribución	11 al 14	

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ESTRATEGIA EDUCATIVA COMUNITARIA

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTO								
1	Considera usted que las inadecuadas prácticas de saneamiento son causa de enfermedades	✓		✓		✓		
2	Considera usted que los inadecuados estilos de vida son causa de enfermedades	✓		✓		✓		
3	Opina usted que las mujeres son más vulnerables que los hombres para adquirir enfermedades	✓		✓		✓		
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas	✓		✓		✓		
5	Opina usted que las enfermedades se pueden prevenir	✓		✓		✓		
6	Opina usted que las enfermedades se pueden prevenir	✓		✓		✓		
7	Opina usted que las vacunas ayudan a prevenir enfermedades en los niños	✓		✓		✓		
8	Opina usted que el lavado de manos antes de manipular los alimentos ayudan a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
9	Opina usted que el lavado de manos antes de manipular los alimentos ayudan a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD								
10	Opina usted que las vacunas pueden ser perjudiciales para los niños	✓		✓		✓		
11	Considera usted que el humo del cigarro es dañino para las personas que fuman	✓		✓		✓		
12	Considera usted que el humo del cigarro es dañino para las personas que están cerca de los individuos que fuman	✓		✓		✓		
13	Considera usted que el embarazo en la adolescente pone en riesgo su vida	✓		✓		✓		
14	Considera usted que las mejores decisiones ante un problema de salud de algún miembro de la familia la toman las madres	✓		✓		✓		
15	Considera usted que ante cualquier duda sobre la salud los vecinos o familiares o amigos son a los que se recurre para buscar orientación	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3 : BARRERAS Y MOTIVACIONES								
16	Considera usted que el apoyo de la familia es importante para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
17	Considera usted que la comunicación, entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, es importante para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
18	Considera usted que la comunicación, entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, es importante para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
19	Considera usted que los mensajes que da la televisión no contribuyen a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
20	Considera usted que los mensajes que da la radio no contribuyen a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
21	Considera usted que los mensajes que da la prensa escrita no contribuyen a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
22	Considera usted que las recomendaciones que ha recibido durante los talleres sirven para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Menacho Vargas Isabel DNI: 09968395

Especialidad del validador: Dra Administración de la Educación

19 de julio del 2016

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: PERCEPCION DE LA GESTION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 TANGIBILIDAD								
1	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención	✓		✓		✓		
2	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención	✓		✓		✓		
3	Opina que las instalaciones del programa del adulto mayor son adecuadas	✓		✓		✓		
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas	✓		✓		✓		
5	Opina que las instalaciones del programa materno infantil son adecuadas	✓		✓		✓		
6	Opina que las instalaciones donde se realiza el control del niño sano son adecuadas	✓		✓		✓		
7	Opina que el Centro de salud tiene el equipamiento adecuado para la atención preventiva	✓		✓		✓		
8	Opina que el aspecto del personal de salud que atiende en los programas preventivos es el adecuado	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: FIABILIDAD								
9	Opina que el personal que lo atiende muestra interes porque adquiera informacion de como prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
10	Opina que el personal que lo atiende se preocupa por transmitirle mensajes para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
11	En caso de tener alguna duda sobre aspectos preventivos el personal de salud al cual se dirige le resuelve su inquietud	✓		✓		✓		
12	Percibe buena disposición de ayuda cuando tiene alguna duda sobre aspectos preventivos	✓		✓		✓		
13	Ante sus dudas sobre aspectos preventivos el personal de salud es accesible							
DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD DE RESPUESTA								
14	El personal de salud le explica con palabras faciles de entender los mensajes preventivos	✓		✓		✓		
15	Si le entregaron algun material educativo este era facil de entender	✓		✓		✓		
16	El personal de salud le explica con palabras faciles de entender las medidas de prevención a tomar en casa	✓		✓		✓		
17		✓		✓		✓		
18	El horario de atención en el establecimiento de salud le parecio adecuado	✓		✓		✓		
19	Esta de acuerdo con el tiempo de espera para ser atendido en alguno de los programas preventivos del establecimiento	✓		✓		✓		
20	Esta de acuerdo usted con la forma que el personal de salud efectua las visitas en su domicilio	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4: EMPATIA								
21	En terminos generales usted se siente satisfecho con la atención recibida en el	✓		✓		✓		

	establecimiento de salud	✓	✓	✓	
22	El personal de salud respeta sus creencias en relación a las medidas para prevenir enfermedades	✓	✓	✓	
23	El personal de salud respeta la confidencialidad de la información que usted proporciona	✓	✓	✓	
24	El personal de salud le brinda confianza para expresar sus dudas	✓	✓	✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Menacho Vargas Isabel DNI: 09968395

Especialidad del validador: Dra Administración de la educación

19 de Julio del 2016

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: FIDELIDAD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: PERSONALIZACIÓN								
1	Usted recomendaría el establecimiento de salud a otros vecinos	✓		✓		✓		
2	Usted hablaría con otras familias, para que ellas implementen medidas de prevención de enfermedades	✓		✓		✓		
3	Usted se siente satisfecho con la atención recibida en los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
4	Usted divulga acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
5	Usted divulga acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en el establecimiento de salud	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: PRACTICAS								
7	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en saneamiento, conseguiría prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
8	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en estilos de vida, conseguiría prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
9	Usted considera, que cuando los niños cumplen con el calendario de vacunaciones, se previenen enfermedades	✓		✓		✓		
10	Usted considera que es conveniente realizar a los niños sanos sus controles en el establecimiento de salud	✓		✓		✓		
11	Usted considera, que cuando las viviendas están ventiladas, es una medida preventiva en tuberculosis	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: HABITUALIDAD								
13	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
14	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
15	Usted asistiría regularmente a las actividades educativas que convoque un programa que promueva familias saludables	✓		✓		✓		
16	Usted considera que un programa que promueva familias saludables contribuye al desarrollo de su comunidad	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Menacho Vargas Isabel DNI: 09968395

Especialidad del validador: Dra. Administración de la Educación

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

19 de julio del 2016


 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ESTRATEGIA EDUCATIVA COMUNITARIA

Nº	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTO								
1	Considera usted que las inadecuadas practicas de saneamiento son causa de enfermedades	✓		✓		✓		
2	Considera usted que los inadecuados estilos de vida son causa de enfermedades	✓		✓		✓		
3	Opina usted que las mujeres son mas vulnerables que los hombres para adquirir enfermedades	✓		✓		✓		
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas	✓		✓		✓		
5	Opina usted que las enfermedades se pueden prevenir	✓		✓		✓		
6	Opina usted que las enfermedades se pueden prevenir	✓		✓		✓		
7	Opina usted que las vacunas ayudan a prevenir enfermedades en los niños	✓		✓		✓		
8	Opina usted que el lavado de manos antes de manipular los alimentos ayudan a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
9	Opina usted que el lavado de manos antes de manipular los alimentos ayudan a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: PERCEPCION DE VULNERABILIDAD								
10	Opina usted que las vacunas pueden ser perjudiciales para los niños	✓		✓		✓		
11	Considera usted que el humo del cigarro es dañino para las personas que fuman	✓		✓		✓		
12	Considera usted que el humo del cigarro es dañino para las personas que estan cerca de los individuos que fuman	✓		✓		✓		
13	Considera usted que el embarazo en la adolescente pone en riesgo su vida	✓		✓		✓		
14	Considera usted que las mejores decisiones ante un problema de salud de algun miembro de la familia la toman las madres	✓		✓		✓		
15	Considera usted que ante cualquier duda sobre la salud los vecinos o familiares o amigos son a los que se recurre para buscar orientación	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3 : BARRERAS Y MOTIVACIONES								
16	Considera usted que el apoyo de la familia es importante para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
17	Considera usted que la comunicación, entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, es importante para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
18	Considera usted que la comunicación, entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, es importante para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
19	Considera usted que los mensajes que da la television no contribuyen a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
20	Considera usted que los mensajes que da la radio no contribuyen a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
21	Considera usted que los mensajes que da la prensa escrita no contribuyen a prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
22	Considera usted que las recomendaciones que ha recibido durante los talleres sirven para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg:

José Leonardo Galán

DNI:

1987327

Especialidad del validador:

Matemática - Estadística

18 de 07 del 2016

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: PERCEPCION DE LA GESTION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 TANGIBILIDAD								
1	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención	✓		✓		✓		
2	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención	✓		✓		✓		
3	Opina que las instalaciones del programa del adulto mayor son adecuadas	✓		✓		✓		
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas	✓		✓		✓		
5	Opina que las instalaciones del programa materno infantil son adecuadas	✓		✓		✓		
6	Opina que las instalaciones donde se realiza el control del niño sano son adecuadas	✓		✓		✓		
7	Opina que el Centro de salud tiene el equipamiento adecuado para la atención preventiva	✓		✓		✓		
8	Opina que el aspecto del personal de salud que atiende en los programas preventivos es el adecuado	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: FIABILIDAD								
9	Opina que el personal que lo atiende muestra interés porque adquiera información de como prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
10	Opina que el personal que lo atiende se preocupa por transmitirle mensajes para prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
11	En caso de tener alguna duda sobre aspectos preventivos el personal de salud al cual se dirige le resuelve su inquietud	✓		✓		✓		
12	Percebe buena disposición de ayuda cuando tiene alguna duda sobre aspectos preventivos	✓		✓		✓		
13	Ante sus dudas sobre aspectos preventivos el personal de salud es accesible	✓						
DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD DE RESPUESTA								
14	El personal de salud le explica con palabras fáciles de entender los mensajes preventivos	✓		✓		✓		
15	Si le entregaron algún material educativo este era fácil de entender	✓		✓		✓		
16	El personal de salud le explica con palabras fáciles de entender las medidas de prevención a tomar en casa	✓		✓		✓		
17		✓		✓		✓		
18	El horario de atención en el establecimiento de salud le pareció adecuado	✓		✓		✓		
19	Esta de acuerdo con el tiempo de espera para ser atendido en alguno de los programas preventivos del establecimiento	✓		✓		✓		
20	Esta de acuerdo usted con la forma que el personal de salud efectúa las visitas en su domicilio	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 4: EMPATIA								
21	En terminos generales usted se siente satisfecho con la atención recibida en el	✓		✓		✓		

	establecimiento de salud	✓	✓	✓		
22	El personal de salud respeta sus creencias en relación a las medidas para prevenir enfermedades	✓	✓	✓		
23	El personal de salud respeta la confidencialidad de la información que usted proporciona	✓	✓	✓		
24	El personal de salud le brinda confianza para expresar sus dudas	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Suficiente

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador

Dr. Mg. Angela Guenther Maldonado

DNI: 19873533

Especialidad del validador: Psicología Clínica

... 17 de 07 del 2016

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


Firma del Experto Informante.

ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: FIDELIDAD

N°	DIMENSIONES / ítem	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: PERSONALIZACIÓN								
1	Usted recomendaría el establecimiento de salud a otros vecinos	✓		✓		✓		
2	Usted hablara con otras familias, para que ellas implementen medidas de prevención de enfermedades	✓		✓		✓		
3	Usted se siente satisfecho con la atención recibida en los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
4	Usted divulgaría acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
5	Usted divulgaría acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en el establecimiento de salud	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2: PRACTICAS								
7	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en saneamiento, conseguiría prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
8	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en estilos de vida, conseguiría prevenir enfermedades	✓		✓		✓		
9	Usted considera, que cuando los niños cumplen con el calendario de vacunaciones, se previenen enfermedades	✓		✓		✓		
10	Usted considera que es conveniente realizar a los niños sanos sus controles en el establecimiento de salud	✓		✓		✓		
11	Usted considera, que cuando las viviendas están ventiladas, es una medida preventiva en tuberculosis	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3: HABITUALIDAD								
13	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
14	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud	✓		✓		✓		
15	Usted asistiría regularmente a las actividades educativas que convoque un programa que promueva familias saludables	✓		✓		✓		
16	Usted considera que un programa que promueva familias saludables contribuye al desarrollo de su comunidad	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficienciaOpinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []Apellidos y nombres del juez validador, Dr Mg: ANNA SOLOMENO GALLO DNI: 89873539Especialidad del validador: Psicología - Jurídica¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

18 de 07 del 2016

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ESTRATEGIA EDUCATIVA COMUNITARIA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTO								
1	Considera usted que las inadecuadas prácticas de saneamiento son causa de enfermedades	/		/		/		
2	Considera usted que los inadecuados estilos de vida son causa de enfermedades	/		/		/		
3	Opina usted que las mujeres son más vulnerables que los hombres para adquirir enfermedades	/		/		/		
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas	/		/		/		
5	Opina usted que las enfermedades se pueden prevenir	/		/		/		
6	Opina usted que las enfermedades se pueden prevenir	/		/		/		
7	Opina usted que las vacunas ayudan a prevenir enfermedades en los niños	/		/		/		
8	Opina usted que el lavado de manos antes de manipular los alimentos ayudan a prevenir enfermedades	/		/		/		
9	Opina usted que el lavado de manos antes de manipular los alimentos ayudan a prevenir enfermedades	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD								
10	Opina usted que las vacunas pueden ser perjudiciales para los niños	/	No	/		/	No	
11	Considera usted que el humo del cigarro es dañino para las personas que fuman	/		/		/		
12	Considera usted que el humo del cigarro es dañino para las personas que están cerca de los individuos que fuman	/		/		/		
13	Considera usted que el embarazo en la adolescente pone en riesgo su vida	/		/		/		
14	Considera usted que las mejores decisiones ante un problema de salud de algún miembro de la familia lo toman las madres	/		/		/		
15	Considera usted que ante cualquier duda sobre la salud los vecinos o familiares o amigos son a los que se recurre para buscar orientación	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: BARRERAS Y MOTIVACIONES								
16	Considera usted que el apoyo de la familia es importante para prevenir enfermedades	/		/		/		
17	Considera usted que la comunicación, entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, es importante para prevenir enfermedades	/		/		/		
18	Considera usted que la comunicación, entre el personal de salud y los integrantes de la comunidad, es importante para prevenir enfermedades	/		/		/		
19	Considera usted que los mensajes que da la televisión no contribuyen a prevenir enfermedades	/		/		/		
20	Considera usted que los mensajes que da la radio no contribuyen a prevenir enfermedades	/		/		/		
21	Considera usted que los mensajes que da la prensa escrita no contribuyen a prevenir enfermedades	/		/		/		
22	Considera usted que las recomendaciones que ha recibido durante los talleres sirven para prevenir enfermedades	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/Mg: Ogana Rivera Lozada DNI: 48664887

Especialidad del validador: Dra- Salud pública

19 de Julio del 2016

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: PERCEPCION DE LA GESTION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 TANGIBILIDAD								
1	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención	/		/		/		
2	Opina que las instalaciones en general del Centro de Salud son adecuadas para la atención	/		/		/		
3	Opina que las instalaciones del programa del adulto mayor son adecuadas	/		/		/		
4	Opina que las instalaciones del programa de tuberculosis son adecuadas	/		/		/		
5	Opina que las instalaciones del programa materno infantil son adecuadas	/		/		/		
6	Opina que las instalaciones donde se realiza el control del niño sano son adecuadas	/		/		/		
7	Opina que el Centro de salud tiene el equipamiento adecuado para la atención preventiva	/		/		/		
8	Opina que el aspecto del personal de salud que atiende en los programas preventivos es el adecuado	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: FIABILIDAD								
		Si	No	Si	No	Si	No	
9	Opina que el personal que lo atiende muestra interes porque adquiera informacion de como prevenir enfermedades	/		/		/		
10	Opina que el personal que lo atiende se preocupa por transmitirle mensajes para prevenir enfermedades	/		/		/		
11	En caso de tener alguna duda sobre aspectos preventivos el personal de salud al cual se dirige le resuelve su inquietud	/		/		/		
12	Percibe buena disposición de ayuda cuando tiene alguna duda sobre aspectos preventivos	/		/		/		
13	Ante sus dudas sobre aspectos preventivos el personal de salud es accesible	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD DE RESPUESTA								
		Si	No	Si	No	Si	No	
14	El personal de salud le explica con palabras faciles de entender los mensajes preventivos.	/		/		/		
15	Si le entregaron algun material educativo este era facil de entender	/		/		/		
16	El personal de salud le explica con palabras faciles de entender las medidas de prevención a tomar en casa.	/		/		/		
17		/		/		/		
18	El horario de atención en el establecimiento de salud le parecio adecuado	/		/		/		
19	Esta de acuerdo con el tiempo de espera para ser atendido en alguno de los programas preventivos del establecimiento	/		/		/		
20	Esta de acuerdo usted con la forma que el personal de salud efectua las vicitas en su domicilio	/		/		/		

DIMENSIÓN 4: EMPATIA						
21	En terminos generales usted se siente satisfecho con la atención recibida en el establecimiento de salud	/	/	/	/	
22	El personal de salud respeta sus creencias en relacion a las medidas para prevenir enfermedades	/	/	/	/	
23	El personal de salud respeta la confidencialidad de la información que usted proporciona	/	/	/	/	
24	El personal de salud le brinda confianza para expresar sus dudas	/	/	/	/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Orlano Rivera Lozada DNI: 48664887

Especialidad del validador: Dra. Salud pública

19 de Julio del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

ORL
 Firma del Experto Informante.

ESCUELA DE POSGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: FIDELIDAD

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: PERSONALIZACIÓN								
1	Usted recomendaría el establecimiento de salud a otros vecinos	/		/		/		
2	Usted hablara con otras familias, para que ellas implementen, medidas de prevención de enfermedades	/		/		/		
3	Usted se siente satisfecho con la atención recibida en los programas preventivos del establecimiento de salud	/		/		/		
4	Usted divulgaría acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en los programas preventivos del establecimiento de salud	/		/		/		
5	Usted divulgaría acerca del calor humano y buen servicio que se brinda en el establecimiento de salud	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: PRACTICAS								
7	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en saneamiento, conseguiría prevenir enfermedades	/		/		/		
8	Usted considera que el cumplir con medidas preventivas en estilos de vida, conseguiría prevenir enfermedades	/		/		/		
9	Usted considera, que cuando los niños cumplen con el calendario de vacunaciones, se previenen enfermedades	/		/		/		
10	Usted considera que es conveniente realizar a los niños sanos sus controles en el establecimiento de salud	/		/		/		
11	Usted considera, que cuando las viviendas están ventiladas, es una medida preventiva en tuberculosis	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: HABITUALIDAD								
13	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud	/		/		/		
14	Usted participaría en alguno de los programas preventivos del establecimiento de salud	/		/		/		
15	Usted asistiría regularmente a las actividades educativas que convoque un programa que promueva familias saludables	/		/		/		
16	Usted considera que un programa que promueva familias saludables contribuye al desarrollo de su comunidad	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr Mg: *Dra. Oriana Rivara*

DNI: *48664887*

Especialidad del validador: *Docutora en Salud pública*

19 de *Julio* del *2016*

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

OR

Firma del Experto Informante.