



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Calidad de atención percibida por los pacientes en los
servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III
Lima-2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en gestión de los servicios de la salud.**

AUTORA:

Br. Pilar Gladys Bernaola Peña

ASESORA:

Dra. Jessica Paola Palacios Garay

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de servicios de la salud

PERÚ – 2017

Página de Jurado

Dra. Tamara Pando Ezcurra
Presidente

Dr. Carlos Sotelo Estacio
Secretario

Dra. Jessica Palacios Garay
Vocal

Dedicatoria

A Dios por iluminar mis acciones y darme fuerzas necesarias para culminar mis metas trazadas en mi vida. A mi madre Saturnina, a mi esposo Augusto e hijos Nicole y César por ser fuente de motivación para mi desarrollo profesional y personal.

Agradecimiento

A la universidad César Vallejo que me permitió alcanzar un importante logro personal.

A mi asesora Dra. Jessica Palacios Garay por brindarme su apoyo profesional que sirvió para realizar la presente investigación.

Declaración de autoría

Yo, Pilar Gladys Bernaola Peña, estudiante de la Escuela profesional de Posgrado, de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo Calidad de atención percibida por los pacientes en los servicios de medicina y cirugía en un hospital Nivel III. Lima-2017, presentado en 114 folios para la obtención del grado académico profesional de Magíster en gestión de los servicios de salud es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 15 de Mayo de 2017

.....
Firma

CAMPUS Lima Norte

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Dando cumplimiento a las normas del Reglamento de elaboración y sustentación de Tesis de la Sección Ciencias médicas de Postgrado de la Universidad “Cesar Vallejo”, para elaborar la tesis de Maestría en gestión de servicios de la salud, presento el trabajo de investigación titulado: Calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017 En este trabajo se describe los hallazgos de la investigación, la cual tuvo como objetivo comparar el nivel de calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de Medicina y cirugía en un hospital Nivel III . Lima .2017, con un instrumento de medición de la calidad de atención validado por expertos en gestión de servicios de la salud.

El estudio está compuesto por siete secciones, en el primero denominado Introducción describe el problema de investigación, justificaciones antecedentes objetivos e hipótesis que dan los primeros conocimientos del tema, así como fundamenta el marco teórico, en la segunda sección presenta los componentes metodológicos, en la tercera sección presenta los resultados, seguidamente en la cuarta sección presenta la discusión del tema, luego en la quinta sección exponer las conclusiones, seguidamente en la sexta sección se dan las recomendaciones pertinentes y en la sétima sección se adjunta las referencias bibliográficas y demás apéndice.

Señores miembros del jurado espero que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Índice

| | Página |
|---|------------|
| Página del Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Declaratoria de autoría | v |
| Presentación | vi |
| Índice | vii |
| RESUMEN | xi |
| ABSTRACT | xii |
| I. INTRODUCCIÓN | 13 |
| 1.1. Antecedentes | 14 |
| 1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística | 17 |
| 1.3. Justificación | 35 |
| 1.4. Problema | 36 |
| 1.5. Hipótesis | 39 |
| 1.6. Objetivos | 40 |
| II. MARCO METODOLÓGICO | 42 |
| 2.1. Variables | 43 |
| 2.2. Operacionalización de variables | 44 |
| 2.3. Metodología | 44 |
| 2.4. Tipos de estudio | 45 |
| 2.5. Diseño | 46 |
| 2.6. Población, muestra y muestreo | 47 |
| 2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 48 |
| 2.8. Métodos de análisis de datos | 50 |
| 2.9. Aspectos éticos | 50 |
| III. RESULTADOS | 51 |
| IV. DISCUSIÓN | 78 |
| V. CONCLUSIONES | 82 |
| VI. RECOMENDACIONES | 85 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 87 |
| ANEXOS | 92 |

Lista de tablas

| | | Página |
|----------|--|--------|
| Tabla 1 | Matriz de operacionalización de la variable calidad de atención | 44 |
| Tabla 2 | Distribución de la población de estudio | 47 |
| Tabla 3 | Validez de contenido del instrumento de calidad de atención por juicio de expertos | 49 |
| Tabla 4 | Estadístico de fiabilidad de la variable 1: calidad de atención | 49 |
| Tabla 5 | Escalas y baremos de la variable calidad de atención | 49 |
| Tabla 6 | Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina | 52 |
| Tabla 7 | Niveles de los elementos tangibles del servicio de | 53 |
| Tabla 8 | medicina | 54 |
| Tabla 9 | Niveles de empatía del servicio de medicina | 55 |
| Tabla 10 | Niveles de seguridad del servicio de medicina | 56 |
| Tabla 11 | Niveles de responsabilidad del servicio de medicina | 57 |
| Tabla 12 | Niveles de confiabilidad del servicio de medicina | |
| | Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de | 58 |
| Tabla 13 | cirugía | 59 |
| Tabla 14 | Niveles de los elementos tangibles del servicio de cirugía | 60 |
| Tabla 15 | Niveles de empatía del servicio de cirugía | 61 |
| Tabla 16 | Niveles de seguridad del servicio de cirugía | 62 |
| Tabla 17 | Niveles de responsabilidad del servicio de cirugía | 63 |
| Tabla 18 | Niveles de confiabilidad del servicio de cirugía | |
| | Distribución de datos comparativos de la calidad de | |
| | atención percibida del servicio de medicina y del servicio | 64 |
| Tabla 19 | de cirugía | |
| | Distribución de datos comparativos de los elementos | 65 |
| Tabla 20 | tangibles del servicio de medicina y del servicio de cirugía | |
| | Distribución de datos comparativos de empatía del | 66 |
| Tabla 21 | servicio de medicina y del servicio de cirugía | |
| | Distribución de datos comparativos de seguridad del | 67 |

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 22 | servicio de medicina y del servicio de cirugía | |
| | Distribución de datos comparativos de responsabilidad del | 68 |
| Tabla 23 | servicio de medicina y del servicio de cirugía | |
| | Distribución de datos comparativos de confiabilidad del | 69 |
| Tabla 24 | servicio de medicina y del servicio de cirugía | |
| | Contrastación de hipótesis de comparación de seguridad | 70 |
| Tabla 25 | del servicio de medicina y cirugía | |
| | Contrastación de hipótesis de comparación de elementos | 71 |
| Tabla 26 | tangibles del servicio de medicina y cirugía | |
| | Contrastación de hipótesis de comparación de empatía | 73 |
| Tabla 27 | del servicio de medicina y cirugía | |
| | Contrastación de hipótesis de comparación de seguridad | 74 |
| Tabla 28 | del servicio de medicina y cirugía | |
| | Contrastación de hipótesis de comparación de | 75 |
| Tabla 29 | responsabilidad del servicio de medicina y cirugía | |
| | Contrastación de hipótesis de comparación de | 76 |
| | confiabilidad del servicio de medicina y cirugía | |

Lista de figuras

| | | Página |
|-----------|--|----------|
| Figura 1 | Diagrama del diseño correlacional | 46 |
| Figura 2 | Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina | 52 |
| Figura 3 | Niveles de los elementos tangibles del servicio de medicina | 53 54 |
| Figura 4 | Niveles de empatía del servicio de medicina | 55 |
| Figura 5 | Niveles de seguridad del servicio de medicina | 56 |
| Figura 6 | Niveles de responsabilidad del servicio de medicina | |
| Figura 7 | Niveles de confiabilidad del servicio de medicina | 57 |
| Figura 8 | Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de cirugía | 58 59 |
| Figura 9 | Niveles de los elementos tangibles del servicio de | 60 |
| Figura 10 | cirugía | 61 |
| Figura 11 | Niveles de empatía del servicio de cirugía | 62 |
| Figura 12 | Niveles de seguridad del servicio de cirugía | |
| Figura 13 | Niveles de responsabilidad del servicio de cirugía | |
| Figura 14 | Niveles de confiabilidad del servicio de cirugía | 63 |
| | Distribución de datos comparativos de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y del | |
| Figura 15 | servicio de cirugía | 64 |
| | Distribución de datos comparativos de los elementos tangibles del servicio de medicina y del servicio de | |
| Figura 16 | cirugía | 65 |
| | Distribución de datos comparativos de empatía del | |
| Figura 17 | servicio de medicina y del servicio de cirugía | 66 |
| | Distribución de datos comparativos de seguridad del | |
| Figura 18 | servicio de medicina y del servicio de cirugía | 67 |
| | Distribución de datos comparativos de responsabilidad | |
| Figura 19 | del servicio de medicina y del servicio de cirugía | 68 |
| | Distribución de datos comparativos de confiabilidad del | |
| | servicio de medicina y del servicio de cirugía | 69 |

Resumen

La presente investigación lleva por título: “Calidad de atención percibida por los pacientes de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017” y el objetivo general fue comparar los niveles de Calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

El enfoque fue cuantitativo porque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, el tipo fue básica de nivel descriptivo correlacional; de diseño no experimental con corte transversal. La población fue constituida por 80 usuarios de en un hospital Nivel III Lima-2017, 40 del área de medicina y 40 del área de cirugía. El instrumento de calidad de atención fue de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988). Con una confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.948. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software Spss versión 23.

Los resultados indicaron que el p _value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de calidad de atención, con un (Promedio = 21.90) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de calidad de atención con un (Promedio = 59.10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Palabras clave: Calidad de atención, elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía.

Abstract

The present research is entitled: "Quality of care perceived by patients of the medical and surgical service in hospital Level III Lima-2017 hospital" and the general objective was to compare the levels of quality of care perceived by patients of the service Medicine and surgery at a hospital level III Lima-2017.

The approach was quantitative because it used data collection to test hypotheses based on numerical measurement and statistical analysis, the type was basic descriptive correlational level; Of non-experimental design with cross-section. The population was constituted by 80 users of the hospital level III Lima-2017, 40 of the area of medicine and 40 of the area of surgery. The instrument of quality of care was by Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988). With a Cronbach alpha reliability of 0.948. The Spss version 23 software was used for data processing.

The results indicated that the p -value of the probability associated with the calculated test statistic that were obtained from the research data is $p = .000 < .05$ and indicates significant differences. On the other hand, the respondents of the medical service obtained scores of quality of care, with a (Average = 21.90) unlike the respondents of the surgery service obtained results in the quality of care scores with a (Average = 59.10). Therefore, it is affirmed that there are significant differences in the perception of the quality of care of the medical service and the surgery service.

Key words: Quality of attention, tangible elements, reliability, responsiveness, security, empathy.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Mongui (2015) realizó una investigación cuyo título *Percepción de la calidad de la atención médica en la población con discapacidad física-motora que acude a la fundación APRILP* y el objetivo fue explicar la sensación de la importancia de servicio médico en la sociedad de discapacidad física y motricidad que va a la fundación APRILP. Metodología : tipo de estudio investigación observacional, descriptiva y corte transversal la investigación se desarrolló en un planteamiento cuantitativo usando variables cualitativas y cuantitativas (edad) el mundo en investigación alcanzo 110 hombres y damas con dificultades físicas y motricidad describió la percepción con respecto a la inteligencia, confianza, oportunidades y soluciones, totales, se hace por encuestas de 30 interrogantes. Con el acopio de datos se determinó que el 39% de sondeados ven que la entrada, movimiento y desempeño en los interiores en las instituciones son dificultosas, y el 45% ve que el mobiliario, literas y camillas no es cómodo para su estado de invalides y el 59,1% observo que no hubo privacidad en la atención. En los resultados se evidencia que la percepción fue desfavorable en su estructura y proceso de la consulta médica a la sociedad con dificultad física y motriz en lo cual dificulta su recuperación y participación social impactada sobre el desarrollo de vida.

Borre (2013) en su tesis de maestría titulada *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla*. El estudio fue descriptivo, transversal, cuantitativo .cuya meta fue diagnosticar la clase del servicio de enfermería los enfermos internados en centros de atención de servicios de salud (IPS) de Barranquilla, se sondearon a 158 enfermos con el temario Servqhos-E, previo respetando conceptos de inserción. Los informes se tabularon y graficaron en Excel se usaron magnitudes de difusión, preferencia medio, constancias relativas y totales para la definición del resultado, cuidando la rigurosidad metodológica y las características éticas, el resultado fue de la calidad observada del trabajo de enfermería por los enfermos internados es “peor y mucho peor de lo que se esperaba en un 4%.”Como me lo esperaba” en un 17%,”mejor y mucho mejor de

lo que se requería en un 78%, el 48.1% estaba contento, el 48.7% muy satisfecho y el 3% “poco y nada satisfecho” .El 44% son hombres el 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 (DE: 18.5). Conclusiones: De acuerdo a la Teoría de la confirmación de Expectativas de Oliver y los postulados a Parasuraman et al, el 78% de los pacientes evidencio altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Resultado coherente con otros investigaciones, los cuales muestran que la mejora vista como buena oscila entre al 60% y 100% .El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% Recomendaría la IPS.

García (2012) realizo un estudio titulado *Evaluación de la calidad y calidez de la atención a los usuarios del sub-centro El Bosque Guayaquil (Ecuador)* con el método tipo de investigación descriptiva diseño transversal. Los estudios que se realizaron con sondeos a personas mayores de 17 años que obtuvieron servicios de los meses octubre y noviembre del 2011, tomando en atención características totales de servicio, ambientes y servicio, el trato del trabajador. Se hizo una encuesta a 393 enfermos de los cuales el 91% fueron de sexo femenino y el 9% de sexo masculino. Cuya meta fue determinar la clase y cordialidad del servicio y se desarrolló un nuevo concepto de mejora, se determinó la petición en los servicio y la presencia de datos de las personas, registro de la infraestructura el tipo de equipamiento, y el criterio de los usuarios midiendo el grado de calidad y cordialidad del servicio evaluando e nivel de satisfacción de estos, los estudios se realizaron sondeos e externos del subcentral de salud “El Bosque” del área 1 de Machala. Las conclusiones fueron 21% de encuestados manifestó que fue excelente, el35% como buena, el 37% como muy buena, el 6% regular y finalmente como mala el 1%. Lo que demostró como calculo que las personas opinaron que el servicio es bueno y muy bueno la evaluación del servicio. Con los estudios de esta comunicación, observando el producto de los sondeos se desarrolló de una proposición de mejora en la calidad y calidez de la atención.

Antecedentes nacionales

Aguilar (2015) en su investigación titulada *Satisfacciones de los usuarios hospitalizados y sus relaciones con las calidades de atención de las enfermeras*

en los servicios de cirugía general y los traumas en el hospital de Trujillo en 2013. Estos tuvieron como meta saber las relaciones entre los grados de satisfacción de los usuarios hospitalizados y sus relaciones con los niveles en sus relaciones con los niveles de la calidad de la atención de la enfermera en los servicios de cirugías generales y traumas del hospital mencionado. Se laboró con muestra de setenta y cuatro pacientes que se encontraba en el hospital, mediante el uso de 2 encuestas: Una que consiste en 23 ítems para medir las satisfacciones de los usuarios y otras de 23 ítems relacionadas a la atención de las enfermeras. Las respuestas fueron analizadas y se llegó a una conclusión que tenía el grado de satisfacción del usuario hospitalizado en su mayoría el 46% fueron satisfechos complacidos un 43%,e insatisfechos el 11% con respecto al servicio brindado., el nivel de calidad de atención de la enfermera percibida por el usuario en su mayoría el 64% fue buena, él 32.4 regular y solo 2.7 baja, la relevancia de este estudio que el usuario estuvo satisfecho con la atención que se le brindo incumpléndose con la hipótesis propuesta.

García (2013) investigación cuyo título *Percepciones y expectativa de la calidad de atención en el servicio de salud del usuario de los centros de salud delicia en chorrillos entre los periodos de Febrero y mayo en 2013, en Lima.* Su misión fue la de reconocer las percepciones y las expectativas de las calidades al atender la recepción por las personas que hacen uso de la atención en el centro de salud. Se midieron los grados de empatía, seguridad y los diversos enfoques de tangibilidad que brindan los centros de salud. Servqual fue cambiada para que el establecimiento de salud por medio de los programas de Mircrosoft conocidos como Excel 2010. Se entrevistó a 192 usuarios de los centros de salud "delicias de villa chorrillos". Se aplican al los estudios observacionales, descriptivos, transversales, resultados: de ciento noventa y dos tipos de pacientes que se encuestaron en los centros de salud mencionados, se supo que el 55% de las personas encuestadas 5 están insatisfechos con la calidad de atención brindadas, el 45% indicaba que se encontrase satisfecho: ya que los encuestados el 52% indicaron su satisfacción con los aspectos relacionados a las dimensiones de empatía. Y el 51,8% en las dimensiones con relación a la seguridad con diferencias entre las demás dimensiones que señalan grados de mayor satisfacción.

Podestá (2012) en su investigación llamada *Determinaciones sobre la calidad de atenciones en los pacientes quirúrgicos con respecto a los hospitales de Essalud del distrito de Vitarte en Lima*, cuya meta es que se determine la calidad de atención quirúrgica se seleccionó como población a 15,954 pacientes quirúrgicos referidos durante los años 2010-2011 de los cuales se obtuvo una muestra probabilística de 1000 pacientes. En esta investigación los resultados no fueron óptimos no se cumplieron con el objetivo propuesto en ninguna de sus dimensiones los resultados demuestran que la clase de servicio de los enfermos nombrados no han logrado el porcentaje necesario para ser apreciados óptimos y en sus magnitudes adecuadas.

Luna (2012) realizó una investigación cuyo título es *Las percepciones de las calidades de servicios en las emergencias pediátricas, estudios multicentricos redes asistenciales Rebagliati, Es salud*, los objetivos se analizaron las percepciones de las calidades de servicios en los que los usuarios exteriores en las salas de observaciones de auxilio. Esta tesis es de carácter descriptivo que compara y transversa, se aplicó un solo cuestionario de tipo liker a muestra de treientos ochenta y cuatro individuos que usan el sistema que tienen 18 y 60 años. Cuyo resultado fue que las percepciones de la calidad fue buena en el 63%, regular en el 21% y la mala en el de 16% de los individuos externo. El centro hospitalario de mayor valor fue el llamado "Uldario Roca" Con 61% de percepciones buenas y 39% de percepciones regulares, los hospitales Edgardo Rebagliati, el único centro hospitalario Iv de RAR, obtuvo 21% de percepciones buenas y 52% de percepciones regulares.

1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística

Bases teóricas de la variable calidad de atención

Definición calidad de atención

Parazuraman, Zeithmal y Berry (1991) afirmaron que la calidad de atención es:

Hay bastantes diferencias y aspectos deficientes existen con relación a la percepción en la calidad de los servicios ejecutivo. Los déficits son factores que afectan las posibilidades de ofrecer servicios que sean percibidos por los clientes de calidades altas. (p. 44).

Landa (2015) mencionó que las calidades y servicios son “2 tipos de conceptuosidades que no se pueden separar cuando las relaciones directas que fueron previamente establecidas a la organización con los usuarios” (p. 10).

En cuanto a la gestión de la calidad de servicio Landa (2015) estableció:

Son los conjuntos de actividades que la institución de las saludables de Lima determina como políticas de calidad, los objetivos y responsabilidad que se proporcionan de forma. (p. 11).

Grönroos (1988, citado en Pascual, 2004) indicó “las calidades totales percibidas se producen cuando las calidades experimentadas satisfacen las calidades esperadas; o cuando los recibos y los experimentados se corresponden con la expectativa generada alrededor de los servicios en cuestión” (p. 1).

Según Donabedian (1984) definió la calidad como los logros de los mayores beneficios posibles del servicio médico con menos dificultades para el paciente, (la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticados además de las actitudes, habilidades y destrezas y técnicas) señala que esta pueda interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas interdependiente: la técnica y la interpersonal.

Naturaleza de la calidad

Donabedian (1993) mencionó:

En el sistema de atenciones en los centros médicos y diferencias importantes a similitudes la obligación de observar la satisfacción del usuario a través de las prestaciones del servicio conveniente, aceptable y agradable para ello y de una forma aún más importante que la que postula en el modelo industrial se valoran las

preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como los procesos que los constituyen ingredientes esenciales en cualquiera de las definiciones de calidad. (p. 239).

El campo de la calidad Según Donabedian (1993) refirió Los modelos de atenciones a la salud de los pacientes requieren de preocupaciones por la calidad que invade cualquier tipo de organización. Pero hay una definición principal “el modelo de la atención a la salud está dirigida casi principalmente a las características de las asistencias clínicas y a los desempeños fuertemente relacionados con ese esmero, sin significar si son de profesionales, técnicos o de propios pacientes o sus familiares” (p. 241).

Deming (s/f) indicó:

La calidad tiene como concepto los grados uniformidad y lo fiable que esta pueda ser, de barato y relacionado al mercado. Es decir, la calidad es lo principal que la gente requiere. En vista de que las carencias y ganas de las personas son diversas.

Las productividades aumentan cuando por otro lado las variabilidades disminuyen. Los controles de calidad son necesarios, ya que todas ellas son diferentes. Los controles no significan la ausencia del producto o servicio defectuoso, sino que más bien autoriza adivinar niveles diferentes de las variaciones. (párr. 5).

La calidad es un nivel de confiabilidad de bajo costo y está considerado como todo aquello que todo que el cliente necesita y espera.

Calidad de atención en salud

Según la OMS (s/f) capítulo 8 art. 118 “Las organizaciones mundiales de la salud se definen como el requisito necesario para lograr la calidad en salud a los elementos: un mayor rango de calidad profesional, un buen de las mejoras una menor dificultad para el paciente.” (p. 1).

Asimismo, para la OMS (s/f) capítulo 8 art 119 “Las calidades en la salud se debe entender que se engloba tres dimensiones (a) humana (b) científico-técnica (c) económico-financiera” (p. 1).

Gestión de la calidad de servicio

Zeithami, Parasumaran y Berry (1993) describieron que implican que los establecimientos adecuados de los procesos administrativos y las planificaciones, organizaciones, direcciones, controles y las mejoras de la calidad. Y lo definen como los conjuntos de actividades que la institución de salud determina como políticas de calidades los objetivos y las responsabilidades proporcionando de forma constante una calidad de servicio mayor a lo de los demás.

Refirió que la clave del éxito de las instituciones esta en superar las expectativas de los usuarios en cuanto a la calidad de servicio. Hace comparaciones de las expectativas de los servicios es decir si la percepciones de las calidades de los servicios de lo personal y médicos es inferior a las expectativas de los pacientes, perderán interés en atenderse o de lo contrario si se alcanza o dispuesto a frecuentar.

Parazumaran, Zeithlami y Berry (1988) evaluaron la calidad en el servicio que refleja las percepciones del cliente y han sido capaces de encontrar cinco dimensiones totales del funcionamiento del servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía.

El modelo Servqual determina la calidad del servicio como las diversas apreciaciones verdaderas de las personas del servicio y las perspectivas se han convertido las personas se crean un concepto (positivamente) la calidad del servicio en que las apreciaciones que ha ganado sea mayores y menores a las posibilidades que tenía, si la calidad de servicio es función de las expectativas y apreciaciones son tan fundamentales la administración de unas como de otras.

Parasumaran, et al. (1991) analizaron cuales fueron las condicionantes en la formación de las expectativas tras su análisis era la comunicación hablar y

escuchar entre los diferentes personas del servicio, las carencias particulares de las personas con el servicio que va a recibir.

Enfoques teóricos de la calidad de atención

Modelo de calidad de servicio de Grönroos

El modelo de imagen de Grönroos (1994) citado en Pascual (2004), planteó:

Las calidades de los servicios es el producto de unir la calidad general en tres modos de magnitudes: calidad técnica (qué se dan), calidad funcional (la manera de cómo se dan) e imágenes corporativas; permanecerán introducidos las características que pueden contribuir o supeditar la apreciación que la persona tiene de una cosa, sea resultado producto o servicio, siendo las imágenes unos elementos básicos para medir las calidades percibidas. Esto quiere decir, que se relacionan las calidades con las imágenes corporativas, de allí que la imagen sea un elemento básico para medir la calidad percibida. Las buenas calidades percibidas se obtienen cuando la calidad experimentadas satisfacen las expectativas del cliente es la calidad esperada. Si las perspectiva no son creíbles, la calidad reflejada será menor, aun cuando la calidad comprobada medida probablemente sea mejor, la calidad de servicio a la vez que asocia su administración con las labores propias del marketing y la relación de intercambio con un mercado de consumidores. (p. 1).

Dimensiones de la calidad de atención

Zeithman y Bitner (2002) definieron a los elementos que tienen tangibilidad: "(...) a las apariencias de los establecimientos físicas, el equipo, el personal y los elementos de información. Todo ello transmite representaciones de física o imagen de los servicios, que las personas usan en particular, para examinar la calidad" (p. 103).

Dimensión 1: Elementos tangibles.

Zeithman y Bitner (2002) manifestaron que los elementos tangibles se refieren “a la apariencia de las instalaciones físicas, los equipos, los personales y el material de comunicación. Todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los clientes utilizan en particular, para evaluar la calidad” (p. 103).

Es la apariencia de las instalaciones físicas, empleados y materiales de comunicación. Indicadores el paciente está atendido en buenas o malas instalaciones, los recursos humanos y materiales están al alcance de su satisfacción, también equipos comodidad y limpieza.

Dimensión 2: Empatía.

Según Zeithman y Bitner (2002), la empatía es “brindar a los clientes atención individualizada y cuidadosa”. (p. 103).

Es la atención individualizada al cliente y los indicadores: personalización de la atención, y conocimiento del cliente.

Dimensión 3: Seguridad.

De acuerdo con Zeithman y Bitner (2002), la responsabilidad es “el conocimiento y la cortesía de los trabajadores y su inteligencia para inspirar buena fe y confianza” (p. 103).

González (2006) citado en Ávila (2011), precisó que “las seguridades son los conocimientos de los servicios y las cortesías prestadas, amabilidad de los trabajadores; así como, sus habilidades para transferir confianza a los clientes” (p. 9).

Evalúan la confianza que generan las actitudes de personal que brindan las prestaciones de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza y los indicadores: cortesía, servicialidad, competencia, credibilidad.

Habilidades de prestación de servicios prometidos en formas precisas y los indicadores son: Los pacientes fueron atendidos inmediatamente a sus llegadas, sin importar sus condiciones socio económicas. Si los médicos mantuvieron las comunicaciones necesarias con los pacientes y familiar para explicar los seguimientos de sus problemas de salud. Si la farmacia conto con los medicamentos que receto el médico.

Dimensión 4: Responsabilidad

Para Zeithman y Bitner (2002), la responsabilidad es la “disponibilidad para ayudar a los clientes y para proveer el servicio con prontitud” (p. 103).

Savater (1998) estableció que “la capacidad de respuesta consta en procurar ser personas. No se trata de ser simplemente un engranaje, de ser simplemente fatalidad, es decir algo necesariamente actúa de una manera determinada” (p. 60).

Capacidad de apoyar a las personas y darles una atención rápida y oportuna con gran cantidad de usuarios con una calidad y en corto tiempo aceptable. Y los indicadores son: La atención en toma de exámenes de laboratorio, exámenes radiográficos en un inicio fueron rápidas.

Dimensión 5: Confiabilidad.

ABB Nueva Zelanda (2009) citado en Ávila (2011), indicó que:

Una explicación frecuente de confiabilidad vinculada al menor grado de fallas con los equipos. Por optimizar la confiabilidad se refiere tener la inteligencia de reconocer las dificultades y arreglar los equipos antes de que el departamento de operaciones advierta que hay algo que no funciona. (p. 6).

Importancia de la calidad atención

OPS/OMS citado por Gomes (2013) comentaron que las faltas de calidad se manifiestan de diversas maneras, incluyendo: servicios de salud es decir no tienen el resultado esperado, y se expresa en términos de injustificada

variabilidad de la práctica clínica aplicada cuidados innecesarios y en alto porcentaje de servicios no consistentes con el conocimiento profesional .

La carencia de calidad hace la atención inadecuada ocasiona daños materiales y humanos creando inseguridad y denuncias legales que ocasiona quejas en las personas a nivel regional.

El servicio de salud ineficiente con costo superior a los normales para tener el mismo producto este resultado colabora a un incremento en exceso y constante del desembolso de salud sin la conveniente mejora de la labor de los servicios de salud esto dice de oportunidad para la labor sanitario restando recursos y podrían invertirse por ejemplo en ampliar la cobertura de los servicios de las poblaciones más desprotegidas.

A nivel sistémico la falta de pronunciamiento de la calidad en las preferencias y agendas de mejoras del sector salud, las anomalías de los marcos que regulan de calidad como normas estándares técnicos, los métodos de acreditación, certificación y habilitación y la inteligencia pequeña de derechos y deberes de los enfermos o la carencia de materia prima humanos y financieros contribuye también a la mala calidad en salud.

También a la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos, las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud y la formación de pregrado y postgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.

Principios de la salud.

Gomes (2013) comentó de 4 principios primordiales de la seguridad de la calidad. Se limita hacia las carencias y perspectiva de las personas y de la sociedad. Se concentra en los elementos y procedimientos de la atención. Usa información para estudiar los servicios de la atención (evidencia). Anima las labores en grupo para solucionar las dificultades y las mejoras de la calidad.

Estándares de la calidad

Hidalgo y Jara (2002) citados por Del Salto (2014) consideraron que los estándares de calidad son mandatos fundamentales que debe hacer un centro de salud para avalar una buena calidad en la atención de salud, que deben ser supervisados periódicamente para su modernización en base a las metas conseguidas y a los avances científicos y tecnológicos en salud.

Cabe resaltar que los estándares tienen en común; el procedimiento de mejora continua. Este procedimiento, planificadamente empezó por los trabajos de reconocimiento de preferencias, monitorización, proposición de evaluar de resultados y información de los mismos, componentes que aprueban que la administración inicial se desarrolle mecanismos de evidencia y soporte que permita a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en salud.

Indicadores de la calidad

Lujano (2005) citado por Del salto (2014) dijeron que los indicadores son referencias numéricas representativas de la conducta de una o más variables, en forma de calificaciones, las cuales admiten saber la dimensión de un desvío y en conclusión, actúan de forma de prevención y no correctiva. Dependiendo del modo de variable que sea escogida, el indicador que se haga puede aceptar manejar tener controlado de tipo físico, económico, cronológico y de satisfacción tanto interna como externa.

Garantía de la Calidad en Salud.

Rodríguez y Lugo (2006) mencionaron que la calidad ha personalizar un desafío, lo indefinido de los conceptos teóricos y hace un abanico de condiciones de apreciaciones y aplicaciones, también comunican que si afirmamos que el servicio a la salud se da en un contenido de interrelación de procedimientos que hace que los resultados tengan diversos rangos de calidad lo cual se hace más difícil.

También consideraron que diferentes investigaciones en diversos países del mundo occidental han manifestado que el rango de calidad del servicio recibido por las personas, dista mucho de la deseada y que la variación de la

calidad de la atención ofrecida por los diversos profesionales de la salud y hospitales, es inmersa, como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

Calidad de los servicios en clientes logísticos

Según Cantú (2011) citado en Álvarez, Chaparro y Bernal (2014), mencionaron que “unos servicios es la actividad o conjunto de actividades de naturaleza casi siempre intangible que se realiza mediante la interacción entre el cliente y el empleado y/o las instalaciones físicas del servicio, a fin de satisfacer un necesidad del usuario” (p. 119).

Duque (2005) citado en Álvarez, Chaparro y Bernal (2014), definieron que “los servicios son los trabajos, las actividades y/o los beneficios que generan satisfacción de un cliente. También refirió que una vez analizados es dable reconocer las principales características que conllevan a una atención reconocido como la calidad” (p. 64).

Además consideraron que es un instrumento competitivo que requiere una cultura organizacional con un compromiso de todos, dentro de un proceso continuo de evaluación y registro para ganar lealtad al cliente y diferenciarse de la competencia como estrategia de beneficio.

Parazuraman, et al. (1985) citados por Álvarez, et al. (2014) anotaron que las representaciones son las medidas que más se ajustan al estudio, toda vez que no existen magnitudes objetivas .las apreciaciones son los ideales que tienen las personas de la atención recibida por lo tanto la calidad recibida de los servicios se considera la mejor manera de conceptualizar y evaluar la calidad del servicio.

Medición de la calidad en el servicio

Cantú (2011) citado por Álvarez, et al. (2014), dijeron que las instituciones deben de establecer estándares de servicio y contar con procedimientos para ver las magnitudes y así poder cumplir las perspectiva de las personas. Los procedimientos de estudios del rango de satisfacción de las personas deben

tener tres cosas: Ayudar, servir y entender, todo en relación con el beneficio del consumidor.

Aunque la calidad del servicio es difícil de medir, no se puede almacenar su inspección es complicada, tampoco se puede anticipar un resultado, su duración es corta y todo depende de varias personas y por lo común su interrelación la ofrece el personal de menor sueldo.

Enfoques conceptuales para una política de calidad en salud

Lazo (2005) citado en Minsa (2009), describió algunos modelos de enfoque que permiten un abordaje holístico del campo. Calidad en salud como expresión del desarrollo humano:

Comento que la calidad debe ser concebida como una dimensión de la calidad de vida el cual es una condición fundamental del desarrollo humano la mejora en la calidad de vida se establece como una tendencia en la historia de la humanidad que se desarrolla en cualquier posición sea social, cultural o económica de los grupos sociales. (p. 22).

Por lo tanto las personas aspiran a crecer dignamente y a su realización individual y colectiva. Demandando así a una atención que le permita alcanzar una vida plena y digna de igual manera los trabajadores de salud aspiran también a estas condiciones cuyo mensaje es la exigencia por mejor calidad.

Calidad en salud como expresión de derecho a la salud.

Lazo (2005) mencionó que el principio de la ciudadanía se expresa en el ejercicio de sus derechos y obligaciones como la base de las relaciones humanas.

La salud es un derecho fundamental e inalienable, al cual debe acceder toda persona que reclama la calidad como atributo indesligable de la atención cuya frase es “derecho a la salud con calidad” y abarca cuatro elementos esenciales; disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Minsa (2009, p. 22).

Calidad en salud como enfoque gerencial en las organizaciones de salud.

Lazo (2005) citado en Minsa (2009), precisó:

En este enfoque se logró reconocer al “otro” como referente fundamental de la organización moderna y cabe precisar quién ese otro cuáles son sus necesidades, intereses, motivaciones, y expectativas el cual constituye en el centro de la misión de la organización de la salud. Y se trata de que el usuario tenga su referente y mejore su paradigma. (p. 23).

Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

Lazo (2005) citado en Minsa (2009), consideró:

En este enfoque como objetivo principal fortalecer en este conjunto de servicios que conforman los procesos de atención donde se manifiestan unidas las dimensiones técnicas, interpersonales, y ambientales de la calidad. En este servicio se expresa el desempeño eficaz, ético y humano de los diversos proveedores, el adecuado diseño de los procesos y la dotación de tecnología y demás recursos necesarios para la atención. (p. 24).

Fundamentos de la calidad

Garvín (1988) sugirió que existen cinco fundamentos de la calidad: trascendente, basado en producto, basado en usuario, basado en la fabricación y basado en el valor.

Enfoque trascendente de la calidad

Pirsing (1974) escribió no es ni mente ni materia, aunque una materia aunque una tercera entidad independiente de las dos... no se puede definir, usted sabe lo que es” usando este concepto, la calidad es totalmente personal puede escapar a la definición, incluso por usted.

Garvín (1988) sugirió que la calidad, usando este enfoque, “es una simple y no analizable propiedad que aprendamos a reconocer solo a través de la experiencia” Es algo que no se puede tocar pero se conoce instantáneamente y

puede diferir, con el tiempo, en relación a una misma cosa. Debido a que la calidad tiene en este caso un sentido personal. Tuchuman (1980) consideró que la calidad está relacionada más bien a un trabajo manual que con una producción en masa. Por tanto un individuo proyectara un enfoque personal y subjetivo sobre un objeto, por ejemplo, siempre que el objeto ofrezca el refuerzo que ha aprendido previamente. Cuando este refuerzo no existe, cambia en enfoque de la calidad y se pierde el enfoque de la calidad proyectado hacia el futuro.

Situación de la calidad en salud

De acuerdo a Minsa (2009), cabe señalar que la baja calidad de la atención de la calidad constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentaron éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales, principalmente la elevada mortalidad materna y neonatal, que definitivamente no pueden ser abordadas con intervenciones simples y altamente costo efectivas, frente a estos riesgos básicamente la capacidad resolutive pero principalmente la calidad de atención son los factores que hacen la diferencia respecto a la eficacia de la intervención.

A su vez el establecimiento del aseguramiento universal, logro que sin duda nos ubica en otro estadio de desarrollo sanitario, consagra meridianamente el ejercicio ciudadano del derecho a la salud al garantizar la calidad de las atenciones a ser provistas a la población, de manera explícita, este compromiso con la salud de la poblaciones transforma en una exigencia para que la autoridad sanitaria fortalezca su función rectora y levantan la necesidad de claras precisas definiciones de políticas en este campo. En este esfuerzo se inscribe la presente formulación de política pública en el campo de la calidad.

Políticas nacionales de calidad de atención en salud.

Primera política.

Minsa (2009) concluyó:

La autoridad sanitaria es garante del derecho a la calidad de atención brindadas por las organizaciones proveedoras de atención de salud, públicas, privadas y mixtas, mediante: (a) la formulación y

aprobación de la política nacional de la calidad, Los objetivos, estrategias, normas y estándares para su implementación, control y evaluación, (b) la verificación de su cumplimiento por las organizaciones proveedoras de atención de salud. (p. 25).

Su objetivo es “fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria en el campo de la calidad de la atención, en el ámbito nacional” Minsa (2009, p. 25).

Segunda política.

Minsa (2009) concluyó que “la Autoridad Sanitaria, en su respectivo nivel, es responsable de informar y rendir cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de atención y promover la vigilancia social de la misma”. (p. 26).

Su objetivo es “informar y difundir en el ámbito institucional y social el nivel de la calidad de la atención de salud” Minsa (2009, p. 26).

Tercera política.

Minsa (2009) estableció que “la Autoridad Sanitaria en su nivel correspondiente, fomenta y difunde las buenas prácticas de atención de la salud y establece incentivos a las organizaciones proveedoras de atención de salud que logren mejoras en la calidad de atención”. (p. 27).

Su objetivo es “establecer y difundir la cultura de calidad, orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud en las organizaciones proveedoras” Minsa (2009, p. 27).

Cuarta política.

Minsa (2009) concluyó que “la autoridad sanitaria, en su nivel correspondiente, promueve la producción y difusión del conocimiento científico, así como de la producción tecnológica en el campo de la calidad de atención” (p. 27).

Propuso como objetivo “ampliar y fortalecer los conocimientos tecnológicos nacionales en el campo de calidad de atención” Minsa (2009, p. 27).

Quinta política.

Minsa (2009) explicó que “la autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, asigna los recursos para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las políticas nacionales de calidad, que son implementadas por las organizaciones proveedoras de salud” (p. 28).

Propuso como objetivo “asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad” Minsa (2009, p. 28).

Sexta política.

Minsa (2009) concluyó que “las organizaciones proveedoras de atención de salud, establecen y dirigen las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura concentrada en las personas y que hace de la mejora su tarea central” (p. 28).

Su objetivo es “garantizar la adecuada implementación de las políticas nacionales de calidad” Minsa (2009, p. 29).

Séptima política

Minsa (2009) concluyó:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementación de mejora de la calidad de la atención. (p. 28).

Propuso como objetivo “mejorar la calidad de la atención de la salud de manera sistemática y permanente” Minsa (2009, p. 29).

Octava política.

Minsa (2009) concluyó que “las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud” (p. 29).

Su objetivo es “reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención” Minsa (2009, p. 29).

Novena política.

Minsa (2009) estableció:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, protejan los derechos de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, así mismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género y brinden las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de salud. (p. 30).

Decima política.

Minsa (2009) concluyó:

Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención. (p.30).

Su objetivo es “garantizar la competencia, seguridad y motivación del personal de salud” Minsa (2009, p. 30).

Undécima política.

Minsa (2009) concluyó que “las organizaciones proveedoras de atención de salud asignan a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su

administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de atención de salud” (p. 31).

Propuso como objetivo “asegurar los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo” Minsa (2009, p. 31).

Undécima política.

Minsa (2009) explicó que “las organizaciones proveedoras de atención de salud asignan a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud” (p. 31).

Su objetivo es “asegurar los recursos destinados a la gestión de la calidad de atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo” Minsa (2009, p. 31).

Marco conceptual

Calidad

Según la Organización de estandarización Iso (1989) definió que la calidad es el grado en que las características de un producto o servicios cumplen con los objetivos para los que fue creado. y transmiten dos conceptos fundamentales el primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse de otro lado es que la calidad es el complemento de un objetivo y por lo tanto depende de cómo se define.

Calidad de Atención

Parazuraman, Zeithmal y Berry (1991) definen la calidad de atención como “Una serie de discrepancias o deficiencias existen respecto a las percepciones de la calidad del servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores, estas deficiencias son los factores que afectan a la posibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad”. (p.44).

Cliente o usuario

Palermo (2011) comento que es el ser humano de carne y hueso con sentimientos y emociones como uno y es una persona que nos trae necesidades y deseos y es nuestra misión satisfacerlo. También es merecedor del trato más cordial y atento que le podemos brindar.

Elementos Tangibles

Zeithman y Bitner (2002) definieron a los elementos tangibles: “A la apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación. Todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los clientes utilizan en particular, para evaluar la calidad” (p. 103).

Empatía

Según Zeithman y Bitner (2002) la empatía es “brindar a los clientes atención individualizada y cuidadosa”. (p. 103).

Fiabilidad

ABB Nueva Zelanda (2009) citado en Ávila (2011), indicó que “Una definición habitual de fiabilidad relaciona a ésta con la disminución de las averías en los equipos. Por mejorar la fiabilidad se entiende tener la capacidad de identificar los problemas y reparar los equipos antes de que el departamento de operaciones advierta que hay algo que no funciona” (p. 6).

Paciente

Según Pérez y Merino (2013) dijeron que ser paciente es la persona que padece físicamente y que por lo tanto se encuentra bajo la atención médica y también precisaron de la atención citada se componen de varias fases que permitirán que la persona enferma puede ser tratada de la manera más recurrente y se solucione la enfermedad o lesión con la que ha llegado al centro sanitario.

Hospital

Según el diccionario de ciencias Médicas Dorland citado por Flores (2010) lo definieron como un establecimiento público o privada en el que se curan los enfermos en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución

organizada, atendida y dirigida por el personal competente y especializado, cuya misión es de proveer, en forma científica eficiente, económica los complejos necesarios para la prevención diagnóstico y tratamiento.

1.3 Justificación

Justificación teórica

El presente estudio sienta sus bases teóricas en Parazuraman, Zeithmal y Berry (2002) realizaron una investigación de calidad de atención y establecieron las dimensiones que se toman en cuenta para la presente investigación y por otro lado, el aporte de las teorías la calidad de atención es considerada de mucha importancia para la satisfacción de la población, se han realizado estudios en el país concerniente con el tema lo que demuestra buenos resultados .según sus mediciones dando aportes favorables ya que la calidad de atención es el elemento clave en los servicios de salud, las reformas de salud no están ajenos a los cambios. Con la finalidad de mejorar la calidad prestación de salud se viene realizando esfuerzos para mejorar la gestión y normalización.

Justificación práctica

Los resultados de los instrumentos aplicados en el hospital servirán para que los usuarios de ambos servicios de medicina y cirugía tengan una buena calidad de atención como objetivo primordial se beneficiara el en un hospital Nivel III Lima-2017 lo cual contribuirá a que los usuarios se sientan satisfechos con la atención y la relación enfermera-paciente sea un aspecto de su pronta recuperación siendo la satisfacción del usuario un indicador importante de la calidad asistencial. En los servicios de medicina y cirugía los profesionales de enfermería son parte importante del recurso humano porque son quienes establecen el primer contacto con el paciente y las relaciones pueden ser decisivas para su satisfacción.

Justificación metodológica

La presente investigación amplía el conocimiento teórico y teniendo en cuenta el método científico y la validación de los instrumentos por expertos

y existiendo un debate en cuanto a concepción y metodologías de la medición, según el autor comprende un cuestionario como instrumento que evalúa la calidad de servicio y a lo largo de sus dimensiones constituido por una escala de respuestas múltiples diseñado para comprender las expectativas de los usuarios con la presente investigación permitirá realizar mejoras y comparaciones de los servicios de medicina y cirugía. Las conclusiones que se generen en esta investigación podrán servir como fuente de información para otras investigaciones, así como el proceso metodológico y los instrumentos utilizados.

Justificación social

El presente estudio se justifica socialmente porque permitirá establecer la comparación de dos áreas de la calidad de atención del hospital; además en la actualidad las áreas de medicina y cirugía tienen una participación relevante del cuidado de la salud de los usuarios. Existe la responsabilidad de brindar un buen servicio de calidad; por lo que es importante investigar la comparación de la calidad de atención del hospital y de esta manera tomar decisiones que aseguren una buena atención en las áreas mencionadas.

1.4 Problema

La perspectiva de la calidad a ido cambiando a través de los tiempos, la búsqueda de la calidad del servicio representa un reto y también una prioridad estratégica para los profesionales de la salud en todo el mundo .Como es de conocimiento la calidad de los servicios constituye un factor importante en el desarrollo de las instituciones ya sean privadas, públicas o de otra índole. La satisfacción del usuario es una de los resultados más relevantes de prestación de servicios de buena calidad y también influye de manera determinante en su recuperación de su salud.

La situación de salud se encuentra en un momento de crisis reflejado en sus indicadores globales, con el tema la calidad de atención en México según Rúelas y Zurita (1993) la calidad de atención al igual que en otros países latinoamericanos mexicana enfrenta grandes carencias de recursos lo que ha

soslayado la cuestión de la calidad de los servicios de salud. Sin embargo ha llegado la hora de empezar a preguntarse no solamente por la cantidad los servicios que se necesitan, sino también de manera fundamental por su tipo y calidad. En Cuba recientemente el ministerio de salud aprobó sus objetivos y criterios de medidas estableciendo 11 prioridades y una de ellas es implementar las transformaciones necesarias, lo cual nos debe de permitir: mejorar el funcionamiento de los servicios y elevar la calidad de la atención y satisfacer a la población. La salud pública cubana apuesta a más calidad y más eficiencia y su intercomercialismo es un principio plasmado en la constitución de la república que es tradición histórica y específicamente en el sector salud.

En el ámbito nacional la búsqueda de la calidad representa una prioridad estratégica. La base fundamental en este proceso de cambio es la acreditación de los establecimientos de salud, tomando como fundamento a los estándares administrativos, recursos humanos, normación, resultados, infraestructura y equipamiento. En el Perú es consecuente con estos cambios. A nivel mundial, lo cual actualmente la calidad de atención en los servicios de salud se encuentra en proceso.

Muchos estudios de la percepción de la calidad de atención a los usuarios son importantes como los autores Parazuraman, Berry y Zeithlami (1988) han sido capaces de encontrar 5 dimensiones totales de funcionamiento del servicio y son: Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía.

Las 5 dimensiones del funcionamiento de servicio dirigen un rumbo hacia la calidad de servicio, cuyo propósito es mejorar la calidad de servicio ofrecido por una organización. Utiliza el cuestionario tipo que evalúa la calidad de servicio y está constituido por una escala de respuesta múltiple diseñada para comprender las expectativas de los clientes respecto a sus servicios.

En un hospital Nivel III Lima-2017 es una institución con categoría III_1 (alta complejidad) con prestigio a nivel nacional e internacional con profesionales de salud altamente especializados. En el establecimiento existe la preocupación de

mejorar la calidad de atención lo cual se encuentra afectada por falta de recursos humanos materiales y financieros, se percibe que durante los últimos años según la estadística el número de pacientes que requieren de atención ha aumentado de manera excesiva. Este hecho se debe al incremento de la población, las enfermedades, los accidentes, los conflictos sociales, los desastres naturales, conlleva a la aglomeración de usuarios y a la demora de la atención, los servicios a raíz de la creciente demanda hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que prestan incrementa cada vez generando en el profesional un reto por lo tanto la atención de calidad, en los servicios de medicina y cirugías, la mayoría de usuarios dependen del seguro integral de salud (SIS), otros son de escasos recursos que vienen de las poblaciones vulnerables o son transferidos de otros hospitales del país llegan en busca de atención y ayuda pero desafortunadamente algunos no lo consiguen por falta de recursos económicos o falta de camas para su hospitalización. El retardo de la atención y programación para su intervención quirúrgica lo cual genera ansiedad, descontento, angustia y temor obstaculizando su total recuperación de su salud. Cada servicio cuenta con más de 35 pacientes, y la sobrecarga del trabajo del personal de salud hace que el usuario a veces se sienta descontento de la atención que se le brinda, no se le atiende de forma oportuna o hay insuficiente comunicación, poca amabilidad o acercamiento hacia ellos y sus familiares. El motivo de estudio es con la finalidad de asegurar una atención de calidad desde la perspectiva del usuario y que es el objetivo estratégico hospital Nivel III Lima-2017 además cabe señalar que la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería y la accesibilidad de los servicios la disponibilidad son algunos aspectos para comparar el nivel de calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía del en un hospital Nivel III Lima-2017.

Se debe mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, el cual es la misión y visión de la institución generando la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

Problema general

¿Qué diferencias existen en la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de Medicina y Cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?

Problemas específicos**Problema específico 1**

¿Qué diferencias existen en el nivel de calidad de atención en su dimensión elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?

Problema específico 2

¿Qué diferencias existen en el nivel de calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?

Problema específico 3

¿Qué diferencias existen en el nivel de calidad de atención en su dimensión seguridad percibida por los pacientes del servicio de Medicina y cirugía en el en un hospital Nivel III Lima-2017?

Problema específico 4

¿Qué diferencias existen en el nivel de calidad de atención en su dimensión responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de Medicina y cirugía en el en un hospital Nivel III Lima-2017?

Problema específico 5

¿Qué diferencias existen en el nivel de calidad de atención en su dimensión confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en el en un hospital Nivel III Lima-2017?

1.5 Hipótesis**Hipótesis general**

Existen diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión Elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Hipótesis específica 2

Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Hipótesis específica 3

Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión seguridad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Hipótesis específica 4

Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión de responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Hipótesis específica 5

Existe diferencias entre el nivel de calidad de atención en su dimensión de confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

1.6 Objetivos

Objetivo general

Comparar el nivel de calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de Medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Objetivos específicos**Objetivo específico 1**

Comparar el nivel de calidad de atención en su dimensión elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Objetivo específico 2

Comparar el nivel de calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en el en un hospital Nivel III Lima-2017.

Objetivo específico 3

Comparar el nivel de calidad de atención en su dimensión seguridad percibida por los pacientes del servicio de Medicina y cirugía en el en un hospital Nivel III Lima-2017.

Objetivo específico 4

Comparar el nivel de calidad de atención en su dimensión responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de Medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Objetivo específico 5

Comparar el nivel de calidad de atención en su dimensión confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

II. Marco metodológico

2.1 Variables

Definición conceptual

V1: Calidad de atención

Parazuraman, Zeithmal y Berry (1985) definieron la calidad de atención como:

Una serie de discrepancias o deficiencias existen respecto a las percepciones de la calidad del servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores, estas deficiencias son los factores que afectan a la posibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad. (p. 44).

Definición operacional

V1: Calidad de atención

Conjunto de procedimientos estratégicos para medir la variable calidad de atención, medido con una escala ordinal.

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de la variable calidad de atención

| Dimensión | Indicador | Ítems | Escala y valores | Niveles y rangos |
|---------------------|--|----------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Elementos tangibles | Personas Infraestructura Objetos | 1,2,3,4,5 | Totalmente de acuerdo (5) | |
| Empatía | Personalización de la atención Conocimiento del cliente | 6,7,8,9 | De acuerdo (4) | |
| Seguridad | Cortesía Serviciabilidad Competencia Credibilidad | 10,11,12,13 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) | Alto (77-105) Medio (49-76) |
| Responsabilidad | Eficiencia Eficacia Efectividad Repetición Problemas | 14,15,16 | En desacuerdo (2) | Bajo (21-48) |
| Confiabilidad | Espera Inicio y terminación Duración Posservicio | 17,18,19,20,21 | Totalmente en desacuerdo (1) | |

Nota: Parazuraman, Zeithmal y Berry (1985)

2.3. Metodología

Paradigma de la investigación: Positivista

Según Hernández, et al. (2010) citados por León (2013) señalaron que el paradigma positivista tuvo origen en las universidades occidentales del siglo XIX mediante la aplicación de una lógica particular con una metodología basada en expertos, avanzando así las ciencias naturales y están encima de las ciencias sociales. Según Husin (1985) citado por Barrantes (ob.cit) este modelo influencio a los científicos sociales Anglosajones en la búsqueda de causas y efectos prediciendo el comportamiento futuro respecto a la base de la conducta actual.

Epistemológicamente la investigación se empeñaba en buscar la validez del conocimiento científico reduciéndose a una teoría de la ciencia.

El mundo es visto de modo objetivo independientemente del sujeto cognoscente, el sujeto y el objeto no interactúan ya que la realidad está presente y lo único que hace falta es encontrar el método idóneo para revelar la realidad. Este paradigma es conocido como empirico analítico y racionalista.

Enfoque de la investigación: Cuantitativo

El presente estudio estuvo basado al enfoque cuantitativo, Hernández, Fernández y Baptista (2014) manifestó que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

Método de investigación

El método empleado en este estudio fue hipotético deductivo y un enfoque cuantitativo cuando se recogieron y procesaron los datos de la investigación.

“El método hipotético deductivo parte de una hipótesis plausible como consecuencias de sus inferencias del conjunto de datos empíricos o de principios y leyes más generales” Sánchez y Reyes (2015, p. 59).

2.4 Tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo sustantiva, y de naturaleza descriptiva y comparativa

La presente investigación fue sustantiva, pues según Sánchez y Reyes (2015) manifestaron que es “aquella que trata de responder a los problemas sustanciales, en tal sentido, está orientada, a describir, explicar, predecir o retrodecir la realidad con lo cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permitan organizar una teoría científica” (p. 45).

Los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos,

objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” Hernández, et al. (2010, p. 80).

La investigación fue de nivel descriptivo comparativo, porque considera dos o más investigaciones descriptivas simples, para luego comparar los datos recogidos, en otras palabras está constituido por una variable “calidad de atención” y se compara con dos o más poblaciones con similares características.

2.5 Diseño

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental: Corte transversal y correlacional, ya que no se manipulará ni se someterá a prueba las variables de estudio.

Es no experimental “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” Hernández, et al. (2010, p. 149).

Es transversal ya que su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” Hernández, et al. (2010, p. 151).

El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:

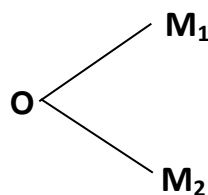


Figura 1. Diagrama del diseño descriptivo comparativo

Donde:

M1: Muestra del área de medicina

M2: Muestra del área de cirugía

O: Observación relevantes o de interés sobre la variable

2.6 Población, muestra y muestreo

Población

La población fue constituida por usuarios del hospital cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Tabla 2.

Distribución de la población de estudio

| Población | Cantidad |
|------------------|-----------------|
| Area de medicina | 40 |
| Área de cirugía | 40 |
| Total | 80 |

Muestra

Según Hernández, et al. (2010), “la muestra es un subgrupo de la población, que pertenecen al conjunto de la unidad de análisis”. La muestra se dividen en dos grupos: probabilísticas y no probabilísticas (p. 69).

La muestra estuvo determinada por los usuarios de las áreas de medicina y cirugía del cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Muestreo

El presente estudio, contempla el muestreo no probabilístico intencional por conveniencia o accesible, por elegir de dos secciones de 40 usuarios de cada área. Hernández, et al. (2010).

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Los usuarios del área de medicina en un hospital Nivel III Lima-2017.

Los usuarios del área de cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Criterios de exclusión:

Los usuarios de las otras áreas en un hospital Nivel III Lima-2017.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**Técnica de recolección de datos**

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

García (2010) afirmó que la encuesta es “una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población” (p. 2).

Instrumentos de recolección de datos**Inventario de competencias****Ficha Técnica**

Nombre: Calidad de atención

Autor: Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A. y Berry

Año: 1988

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de atención

Administración: Individual y/o colectiva.

Tiempo de duración: 20 minutos aproximadamente.

Contenido: Se utilizó un cuestionario de escala ordinal con un total de cinco dimensiones.: Aspectos Tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad y Empatía.

Validez:

El presente trabajo empleó la técnica de validación denominada juicio de expertos (crítica de jueces), a través de 3 profesionales expertos en el área de educación y docencia universitaria con el grado académico de magister y doctores . El proceso de validación dio como resultado, los calificativos de:

Tabla 3.

Validez de contenido del instrumento de calidad de atención por juicio de expertos

| Experto | Nombre y Apellidos | DNI | Aplicable |
|----------------|-----------------------------|------------|------------------|
| 1 | Dra. Jessica Palacios Garay | 00370757 | Aplicable |
| 2 | Dr. Abel Rodríguez Taboada | 08012553 | Aplicable |
| 3 | Mg. Augusto Fernández Lara | 07675570 | Aplicable |

Confiabilidad

La confiabilidad del presente trabajo de investigación se realizó mediante prueba de confiabilidad de alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna del cuestionario.

Para establecer la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a una muestra de 30 usuarios, cuyas características serán similares a la población examinada. Obtenido los puntajes totales se calcula el coeficiente Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad Inter-Elementos del respectivo cuestionario.

Tabla 4.

Estadístico de fiabilidad de la variable 1: calidad de atención

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|-------------------------|-----------------------|
| ,948 | 21 |

El resultado nos indica que el instrumento de la variable calidad de atención es altamente confiable con una puntuación de 0,948 puntos.

Tabla 5.

Escalas y baremos de la variable calidad de atención

| General | Cuantitativo | | | | | Cualitativo |
|----------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| | Dim1 | Dim2 | Dim3 | Dim4 | Dim5 | |
| 77-105 | 19-25 | 16-20 | 16-20 | 11-15 | 19-25 | Alto |
| 49-76 | 12-18 | 10-15 | 10-15 | 7-10 | 12-18 | Medio |
| 21-48 | 5-11 | 4-9 | 4-9 | 3-6 | 5-11 | Bajo |

2.8 Métodos de análisis de datos

Se elaboraron los datos consolidados del total de encuestados de la muestra al Programa Estadístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences) versión 23.0, para categorizar las preguntas en torno a la variable de estudio y denominar el tipo de medida. Para su interpretación correspondiente.

A continuación se analizarán los datos y se realizará la Estadística Descriptiva en el Programa Estadístico SPSS para así obtener la: Media aritmética de los datos agrupados, frecuencia, desviación estándar, la mediana, etc por cada dimensión.

Por último se procesará mediante el Programa Estadístico SPSS la obtención de tablas, frecuencias y gráficos para ser analizados e interpretados.

Para la comparación de las dos muestras (área de medicina y área de cirugía) se usará la prueba estadística de U –MANN WHITNEY para muestras independientes.

2.9 Aspectos éticos

Se tendrán en cuenta los aspectos éticos y se procedió a entregar con el consentimiento informado y se les dió a conocer a todos los participantes que tiene el derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales para que la información que proporcionaran sea confidencial.

III. Resultados

3. Análisis descriptivo de los resultados

3.1 Descriptivos

Tabla 6.

Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo | 11 | 27,5 |
| | Medio | 25 | 62,5 |
| | Alto | 4 | 10,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |

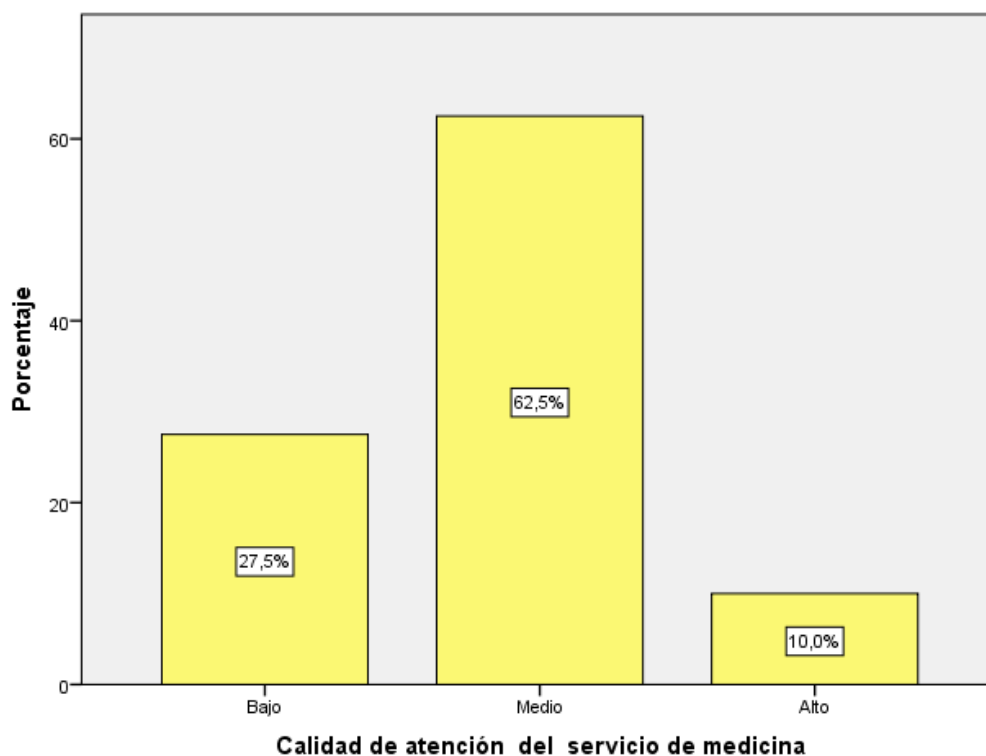


Figura 2. Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina

En la tabla 6 y figura 2, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 62.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de calidad de atención percibida del servicio de medicina.

Tabla 7.

Niveles de los elementos tangibles del servicio de medicina

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo | 10 | 25,0 |
| | Medio | 23 | 57,5 |
| | Alto | 7 | 17,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

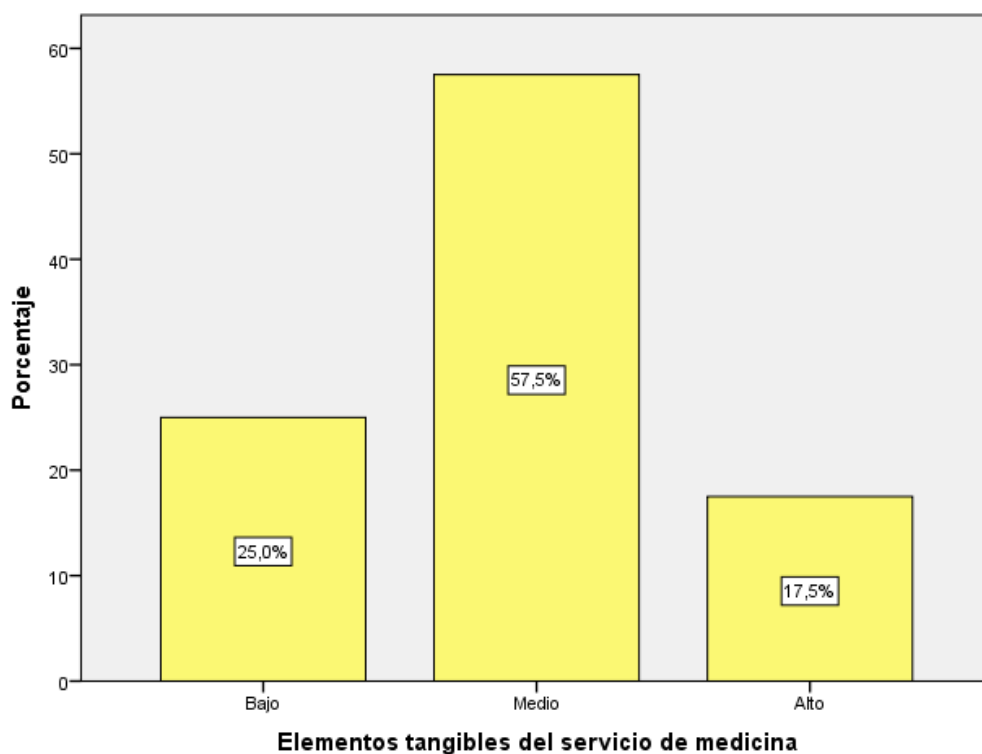


Figura 3. Niveles de los elementos tangibles del servicio de medicina

En la tabla 7 y figura 3, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 25% manifiestan un nivel bajo, el 57.5% expresan un nivel medio y el 17.5% indican nivel alto de elementos tangibles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina.

Tabla 8.

Niveles de empatía del servicio de medicina

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo | 11 | 27,5 |
| | Medio | 26 | 65,0 |
| | Alto | 3 | 7,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

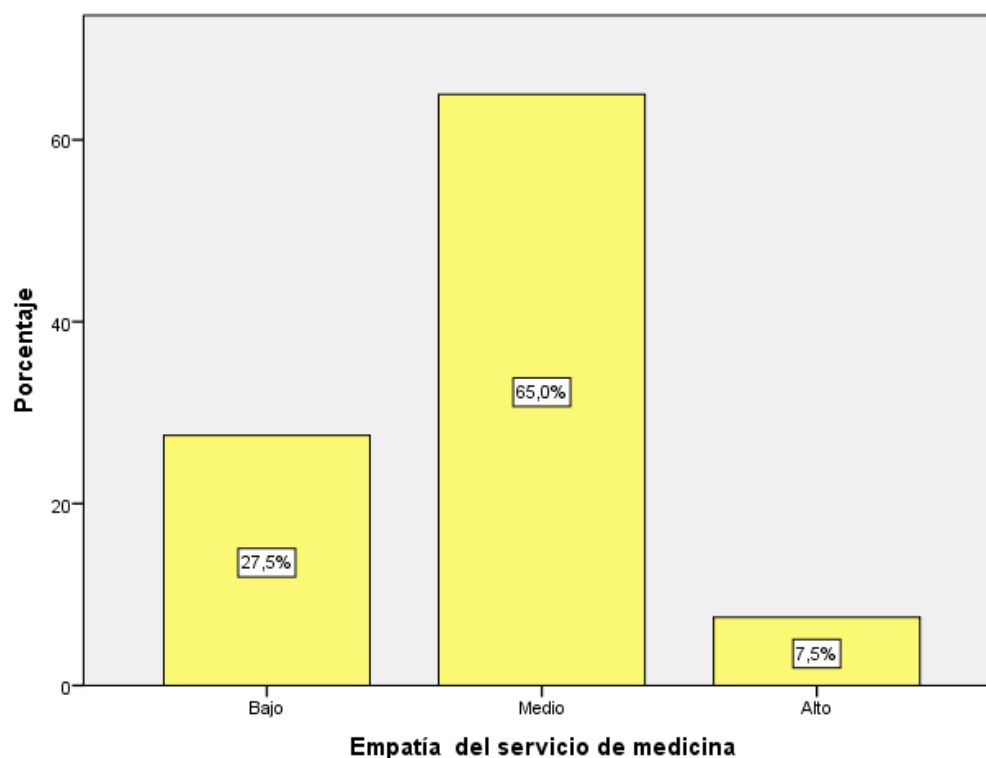


Figura 4. Niveles de empatía del servicio de medicina

En la tabla 8 y figura 4, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 65% expresan un nivel medio y el 7.5% indican nivel alto de empatía de la calidad de atención percibida del servicio de medicina.

Tabla 9.

Niveles de seguridad del servicio de medicina

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo | 16 | 40,0 |
| | Medio | 21 | 52,5 |
| | Alto | 3 | 7,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

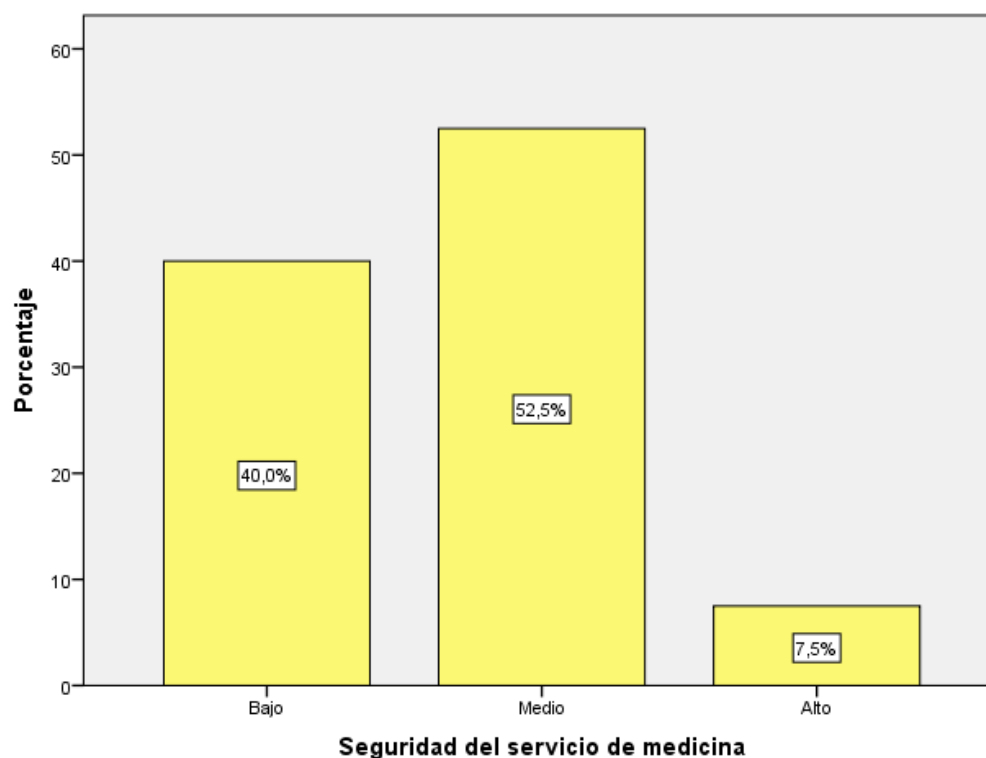


Figura 5. Niveles de seguridad del servicio de medicina

En la tabla 9 y figura 5, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 40% manifiestan un nivel bajo, el 52.5% expresan un nivel medio y el 7.5% indican nivel alto de seguridad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina.

Tabla 10.

Niveles de responsabilidad del servicio de medicina

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo | 15 | 37,5 |
| | Medio | 21 | 52,5 |
| | Alto | 4 | 10,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |

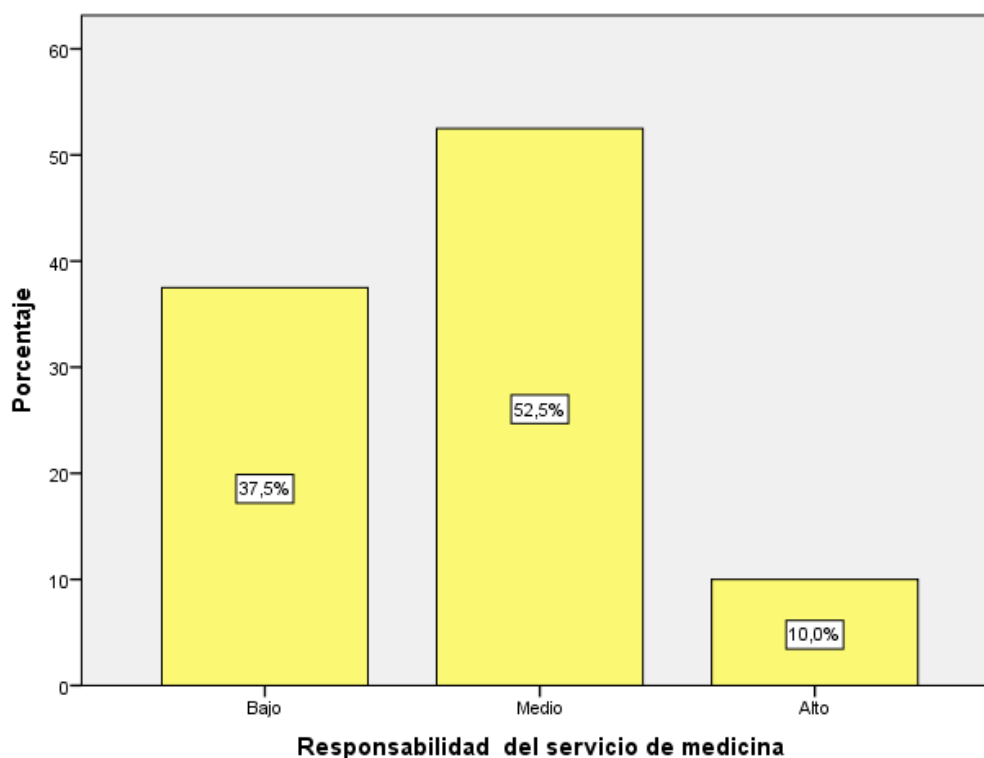


Figura 6. Niveles de responsabilidad del servicio de medicina

En la tabla 10 y figura 6, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 37.5% manifiestan un nivel bajo, el 52.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de responsabilidad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina.

Tabla 11.

Niveles de confiabilidad del servicio de medicina

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo | 10 | 25,0 |
| | Medio | 23 | 57,5 |
| | Alto | 7 | 17,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

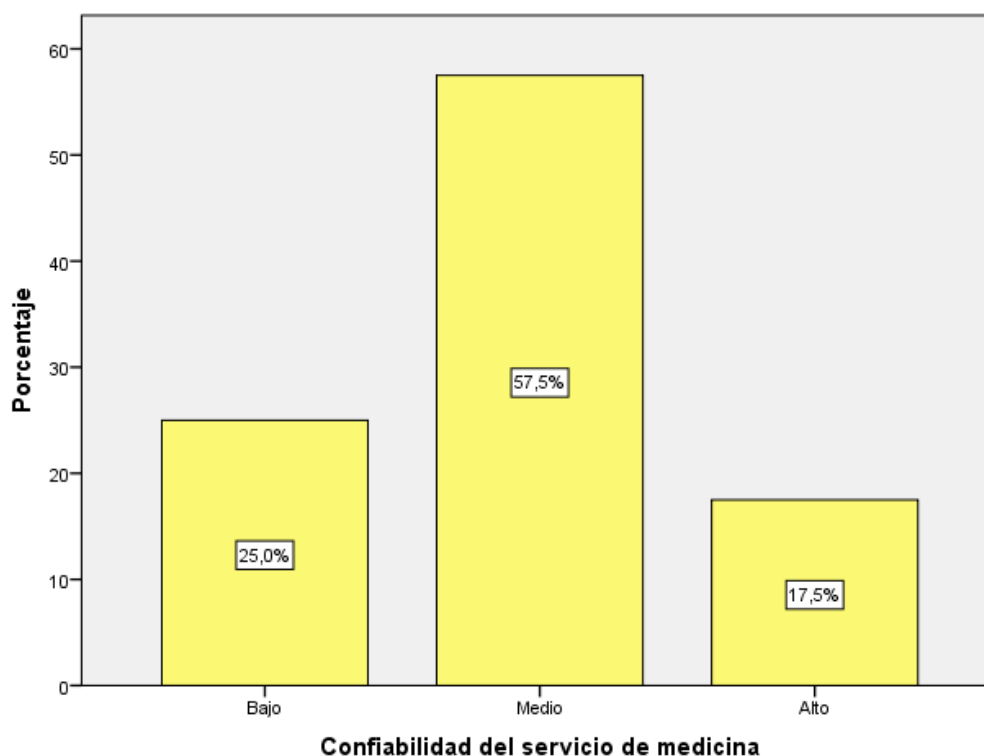


Figura 7. Niveles de confiabilidad del servicio de medicina

En la tabla 11 y figura 7, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 25% manifiestan un nivel bajo, el 57.5% expresan un nivel medio y el 17.5% indican nivel alto de confiabilidad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina.

Tabla 12.

Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Medio | 5 | 12,5 |
| | Alto | 35 | 87,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

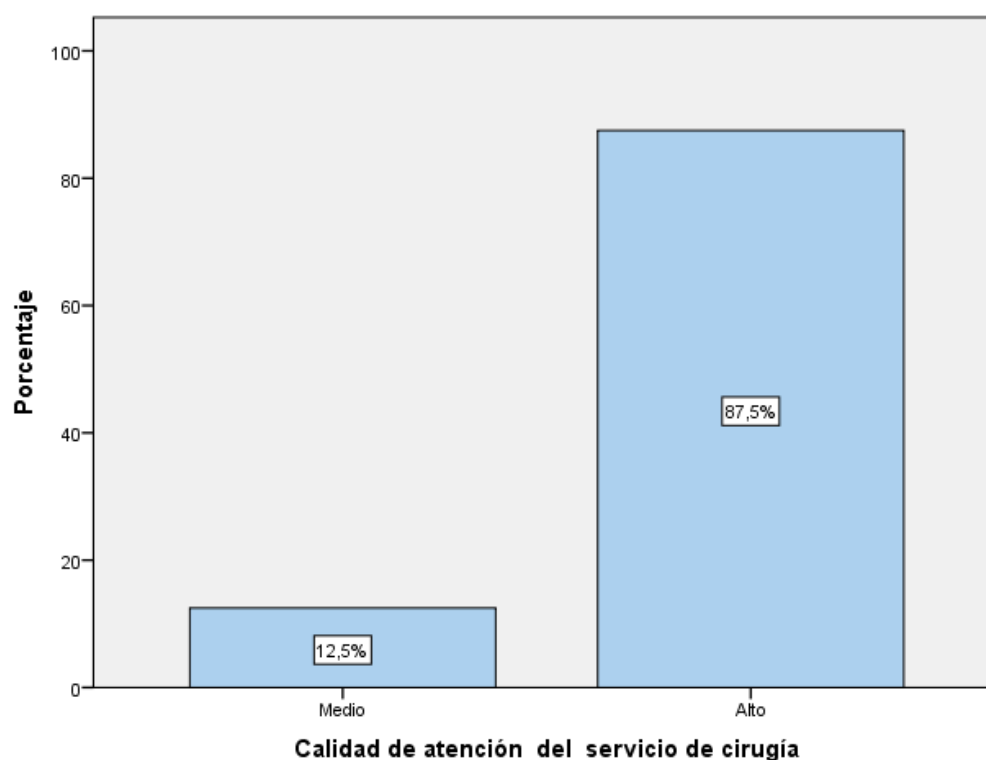


Figura 8. Niveles de la calidad de atención percibida del servicio de cirugía

En la tabla 12 y figura 8, se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 12,5% manifiestan un nivel medio y el 87,5% indican nivel alto calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 13.

Niveles de los elementos tangibles del servicio de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Medio | 9 | 22,5 |
| | Alto | 31 | 77,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

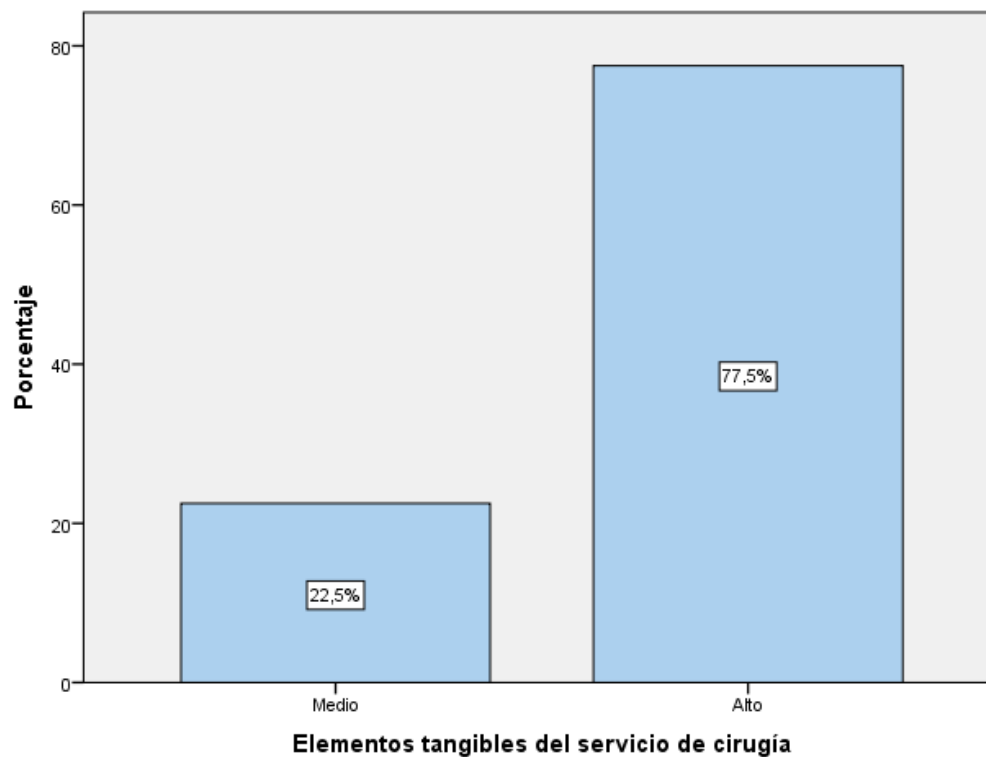


Figura 9. Niveles de los elementos tangibles del servicio de cirugía

En la tabla 13 y figura 9, se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 22.5% manifiestan un nivel medio y el 77,5% indican nivel alto de elementos tangibles de calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 14.

Niveles de empatía del servicio de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Medio | 18 | 45,0 |
| | Alto | 22 | 55,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |

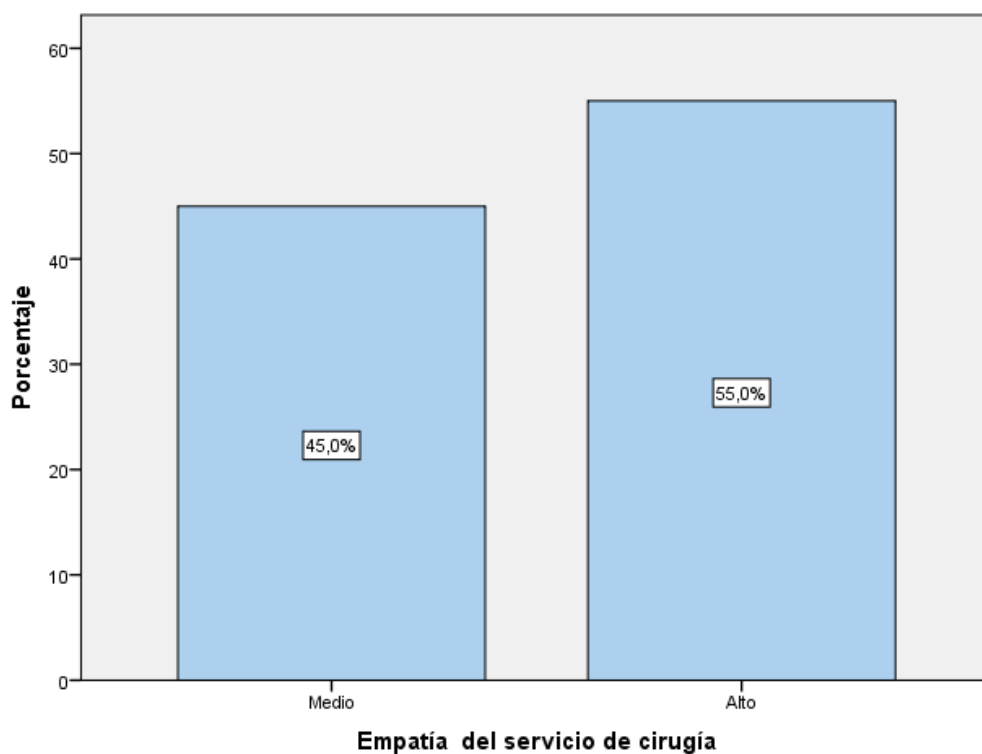


Figura 10. Niveles de empatía del servicio de cirugía

En la tabla 14 y figura 10, se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 45% manifiestan un nivel medio y el 55% indican nivel alto de empatía de calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 15.

Niveles de seguridad del servicio de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Medio | 7 | 17,5 |
| | Alto | 33 | 82,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

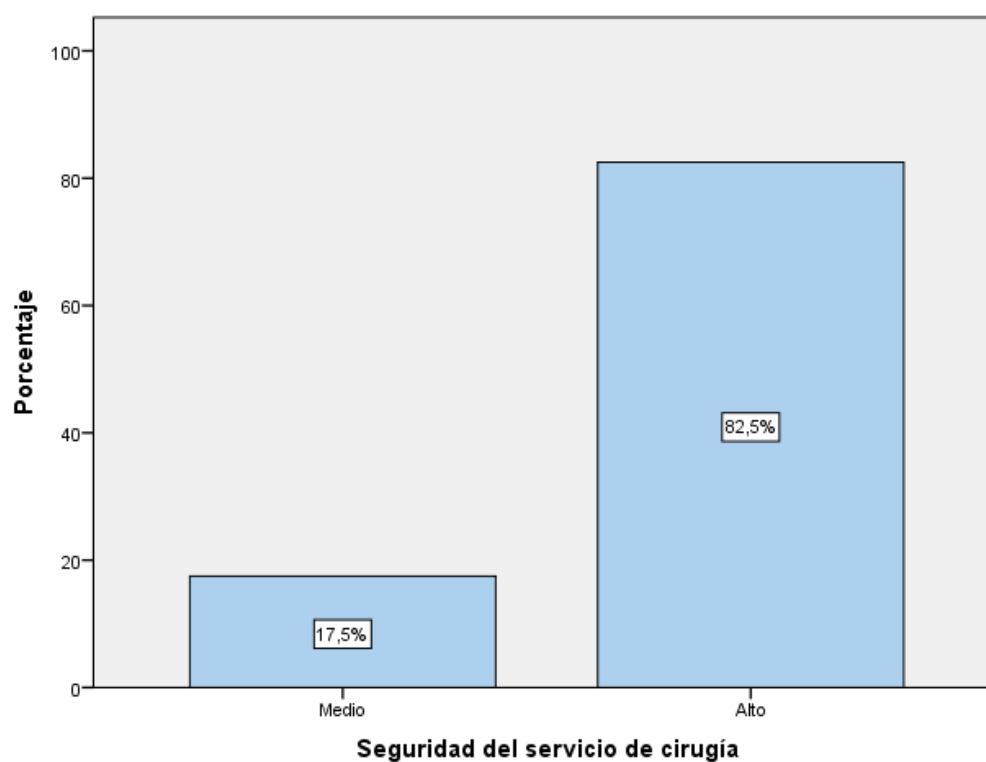


Figura 11. Niveles de seguridad del servicio de cirugía

En la tabla 15 y figura 11, se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 17.5% manifiestan un nivel medio y el 82,5% indican nivel alto de seguridad de calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 16.

Niveles de responsabilidad del servicio de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Medio | 3 | 7,5 |
| | Alto | 37 | 92,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

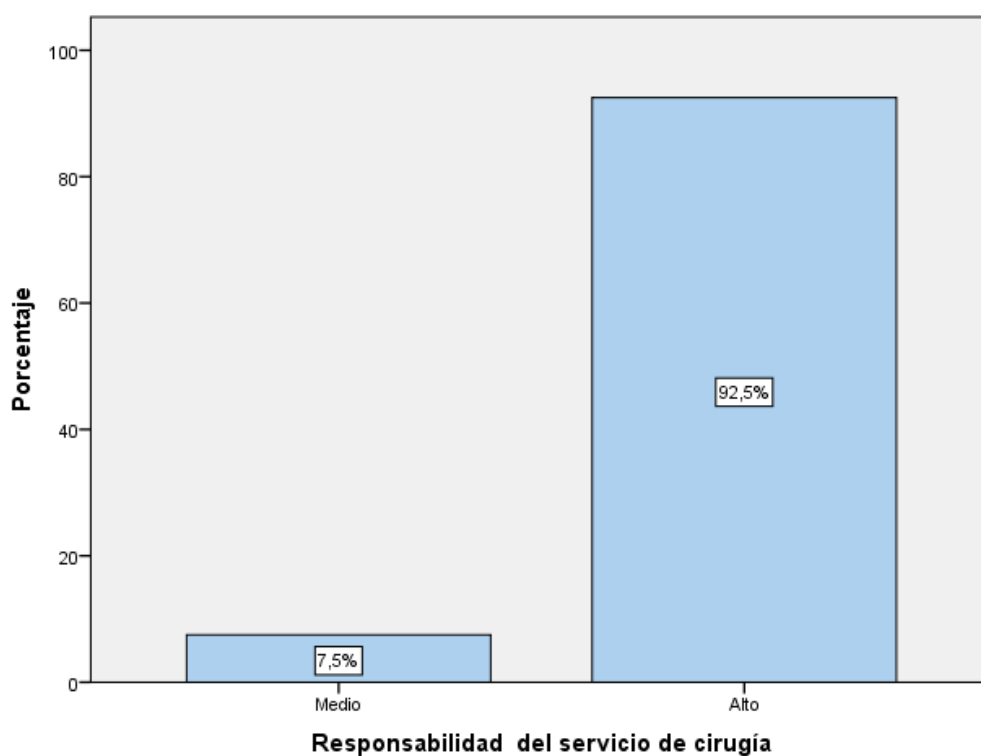


Figura 12. Niveles de responsabilidad del servicio de cirugía

En la tabla 16 y figura 12, se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 7.5% manifiestan un nivel medio y el 92,5% indican nivel alto de responsabilidad de la calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 17.

Niveles de confiabilidad del servicio de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Medio | 12 | 30,0 |
| | Alto | 28 | 70,0 |
| | Total | 40 | 100,0 |

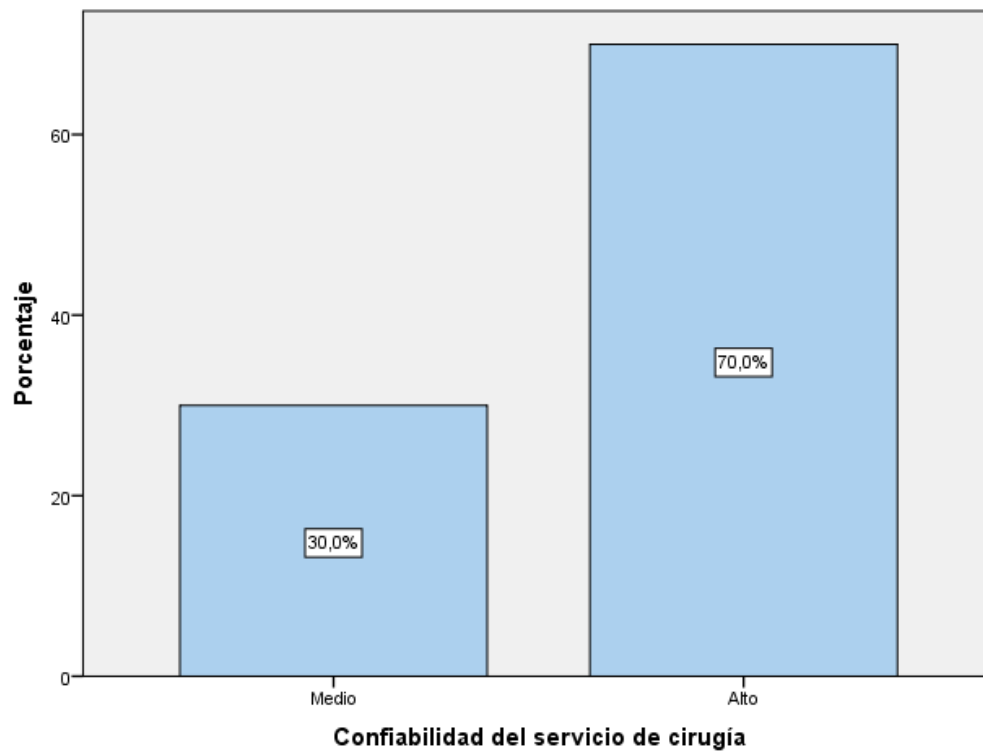


Figura 13. Niveles de confiabilidad del servicio de cirugía

En la tabla 17 y figura 13, se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 30% manifiestan un nivel medio y el 70% indican nivel alto de confiabilidad calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 18.

Distribución de datos comparativos de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y del servicio de cirugía

| Nivel de calidad de atención | de Medicina | % | Cirugía | % |
|------------------------------|-------------|------|---------|------|
| Bajo | 11 | 27.5 | 0 | 0.0 |
| Medio | 25 | 62.5 | 5 | 12.5 |
| Alto | 4 | 10.0 | 35 | 87.5 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

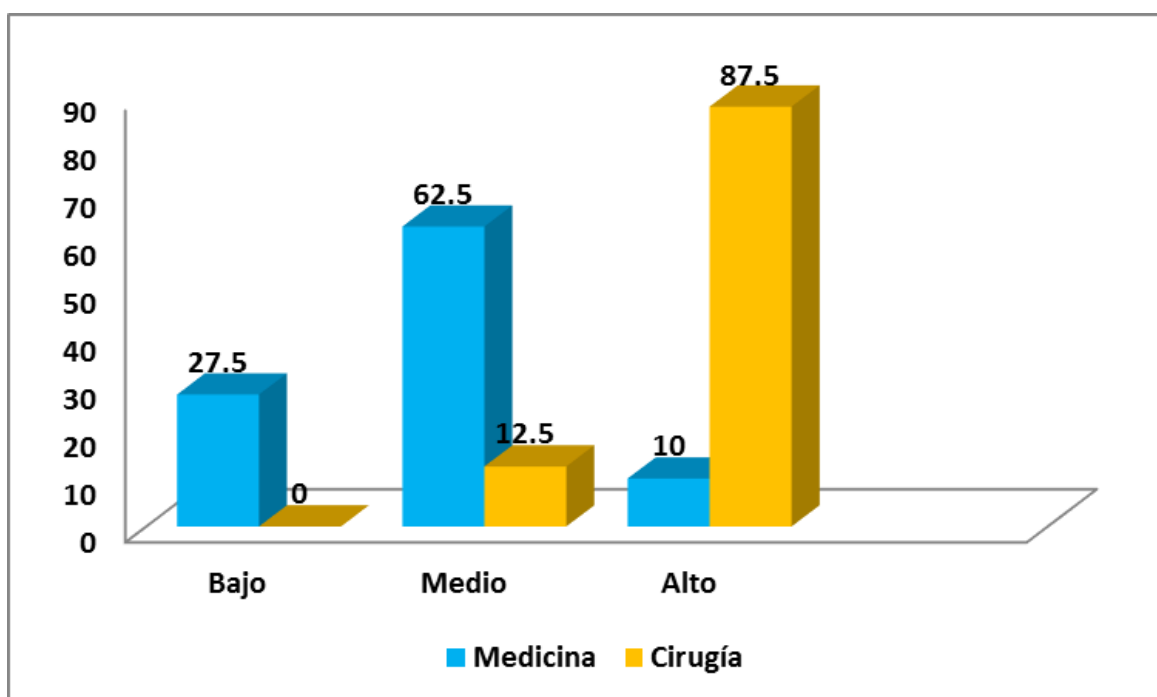


Figura 14. Distribución de datos comparativos de la Calidad de atención percibida del servicio de medicina y del servicio de cirugía

En la tabla 18 y figura 14, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 62.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de calidad de atención percibida del servicio de medicina y de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 12.5% manifiestan un nivel medio y el 87,5% indican nivel alto calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 19.

Distribución de datos comparativos de los elementos tangibles del servicio de medicina y del servicio de cirugía

| Nivel de elementos tangibles | Medicina | % | Cirugía | % |
|------------------------------|----------|------|---------|------|
| Bajo | 10 | 25.0 | 0 | 0.0 |
| Medio | 23 | 57.5 | 9 | 22.5 |
| Alto | 7 | 17.5 | 31 | 77.5 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

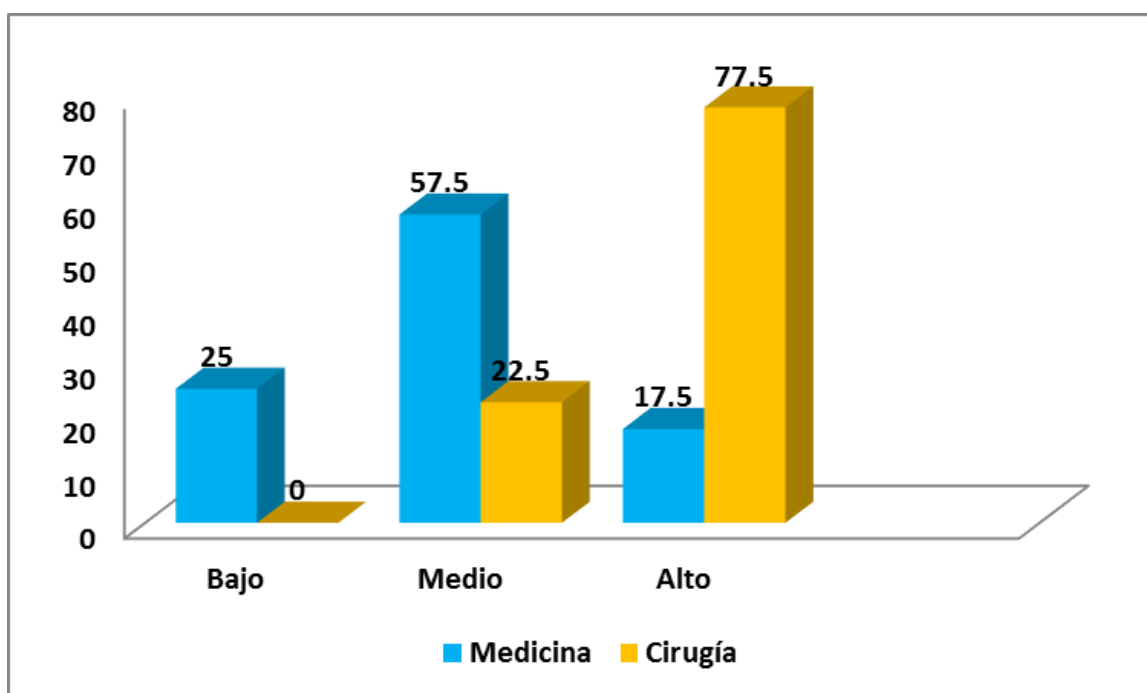


Figura 15. Distribución de datos comparativos de los elementos tangibles del servicio de medicina y del servicio de cirugía

En la tabla 19 y figura 15, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 25% manifiestan un nivel bajo, el 57.5% expresan un nivel medio y el 17.5% indican nivel alto de elementos tangibles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 22.5% manifiestan un nivel medio y el 77,5% indican nivel alto de elementos tangibles de calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 20.

Distribución de datos comparativos de empatía del servicio de medicina y del servicio de cirugía

| Nivel de empatía | Medicina | % | Cirugía | % |
|------------------|----------|------|---------|------|
| Bajo | 11 | 27.5 | 0 | 0.0 |
| Medio | 26 | 65.0 | 18 | 45.0 |
| Alto | 3 | 7.5 | 22 | 55.0 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

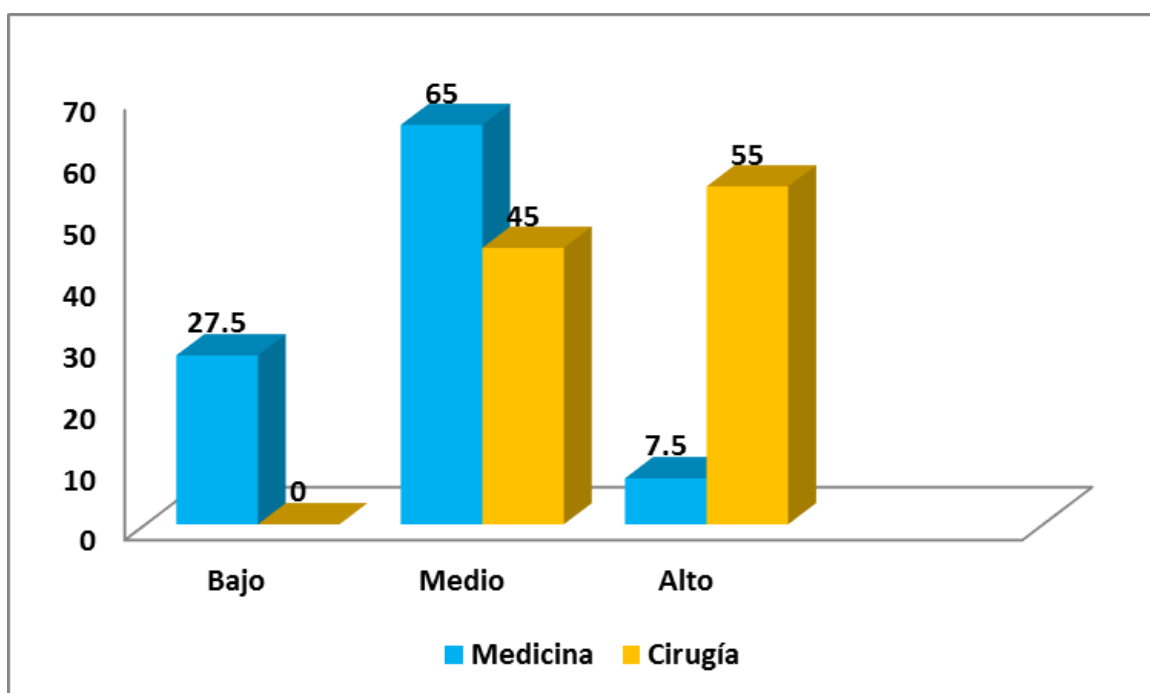


Figura 16. Distribución de datos comparativos de empatía del servicio de medicina y del servicio de cirugía

En la tabla 20 y figura 16, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 65% expresan un nivel medio y el 7.5% indican nivel alto de empatía de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 45% manifiestan un nivel medio y el 55% indican nivel alto de empatía de calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 21.

Distribución de datos comparativos de seguridad del servicio de medicina y del servicio de cirugía

| Nivel de seguridad del servicio | Medicina | % | Cirugía | % |
|---------------------------------|----------|------|---------|------|
| Bajo | 16 | 27.5 | 0 | 0.0 |
| Medio | 21 | 62.5 | 7 | 17.5 |
| Alto | 3 | 10.0 | 33 | 82.5 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

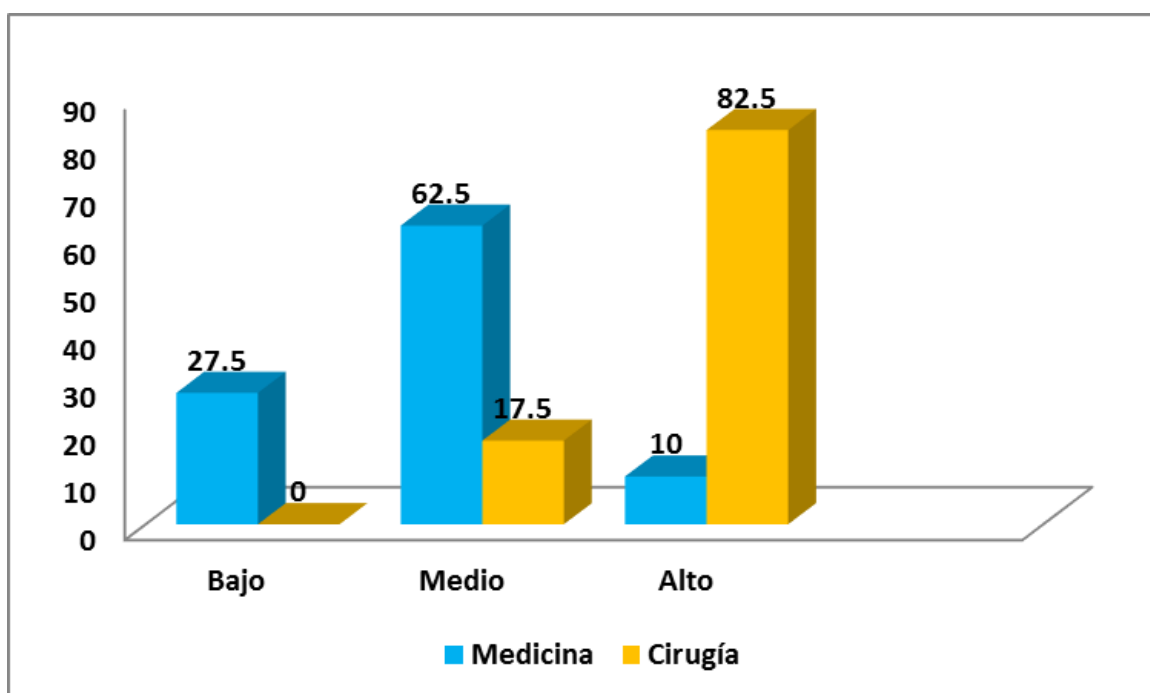


Figura 17. Distribución de datos comparativos de seguridad del servicio de medicina y del servicio de cirugía

En la tabla 21 y figura 17, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 40% manifiestan un nivel bajo, el 62.5% expresan un nivel medio y el 7.5% indican nivel alto de seguridad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 17.5% manifiestan un nivel medio y el 82,5% indican nivel alto de seguridad de calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 22.

Distribución de datos comparativos de responsabilidad del servicio de medicina y del servicio de cirugía

| Nivel de responsabilidad del servicio | Medicina | % | Cirugía | % |
|---------------------------------------|----------|------|---------|------|
| Bajo | 15 | 37.5 | 0 | 0.0 |
| Medio | 21 | 52.5 | 3 | 7.5 |
| Alto | 4 | 10.0 | 37 | 92.5 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100 |

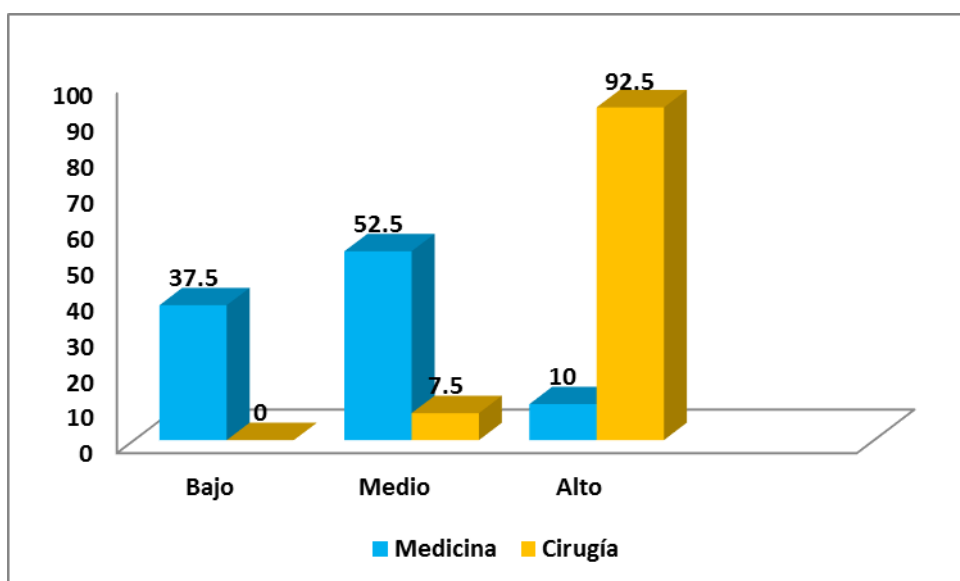


Figura 18. Distribución de datos comparativos de responsabilidad del servicio de medicina y del servicio de cirugía

En la tabla 22 y figura 18, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 37.5% manifiestan un nivel bajo, el 52.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de responsabilidad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 7.5% manifiestan un nivel medio y el 92,5% indican nivel alto de responsabilidad de la calidad de atención del servicio de cirugía.

Tabla 23.

Distribución de datos comparativos de confiabilidad del servicio de medicina y del servicio de cirugía

| Nivel de confiabilidad | Medicina | % | Cirugía | % |
|------------------------|----------|------|---------|-------|
| Bajo | 10 | 25.0 | 0 | 0.0 |
| Medio | 23 | 57.5 | 12 | 30.0 |
| Alto | 7 | 17.5 | 28 | 70.0 |
| Total | 40 | 100 | 40 | 100.0 |

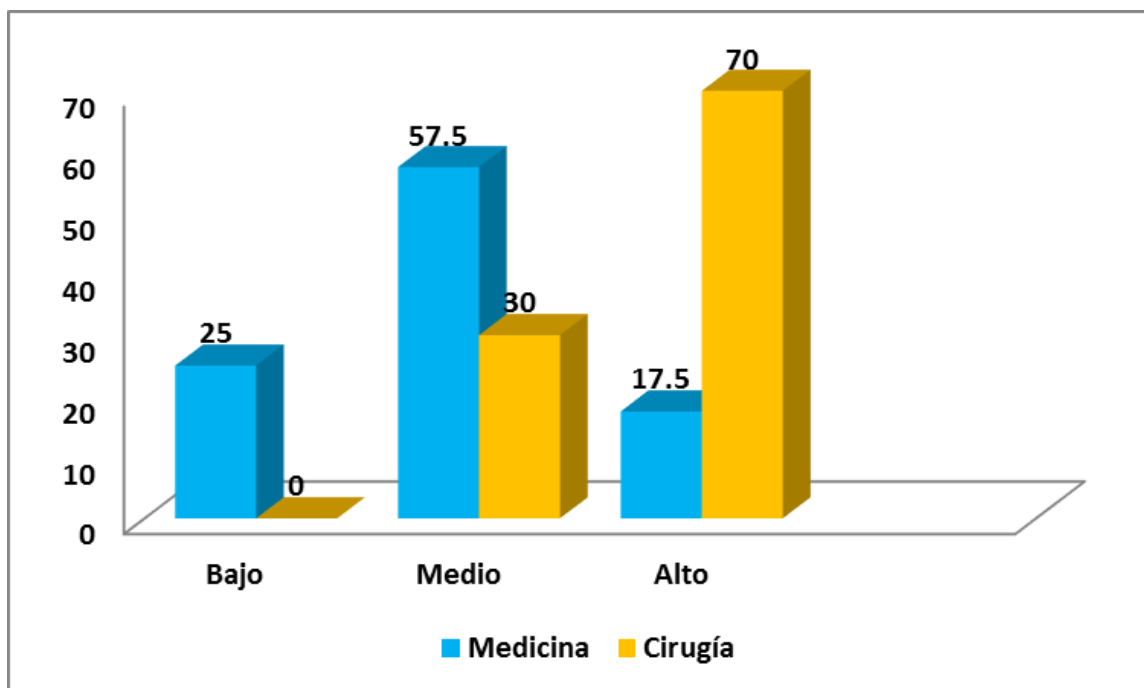


Figura 19. Distribución de datos comparativos de la confiabilidad del servicio de medicina y del servicio de cirugía

En la tabla 23 y figura 19, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 25% manifiestan un nivel bajo, el 57.5% expresan un nivel medio y el 17.5% indican nivel alto de confiabilidad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina y se observa que de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 30% manifiestan un nivel medio y el 70% indican nivel alto de confiabilidad calidad de atención del servicio de cirugía.

3.2 Contrastación de hipótesis

Para probar esta hipótesis, se procedió a utilizar estadística no paramétrica: Test U de Mann-Whitney aplicada a dos muestras independientes.

Prueba de hipótesis general:

Formulación de la hipótesis

Ho: No existen diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Ha: Existen diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24.

Contrastación de hipótesis de comparación de calidad de atención del servicio de medicina y de cirugía

| | Servicio de medicina (n=40) | Servicio de cirugía (n=40) | |
|----------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Rango promedio | 21.90 | 59.10 | U= 56,000 Z = -7.163 |
| Suma de rangos | 59,10 | 2364,00 | $p = .000$ |

En la tabla 24, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: el puntaje del p_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados

del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de calidad de atención, con un (Promedio = 21.90) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de calidad de atención con un (Promedio = 59.10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Hipótesis específicas

Primera hipótesis específica

Formulación de la hipótesis

Ho: No existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión Elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Ha: Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión Elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 25.

Contrastación de hipótesis de comparación de elementos tangibles del servicio de medicina y cirugía

| | Servicio de medicina (n=40) | Servicio de cirugía (n=40) | |
|----------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Rango promedio | 25,00 | 1000,00 | U= 180,000 |
| Suma de rangos | 56,00 | 2240,00 | Z = -5.996 p = .000 |

En la tabla 25, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: el puntaje del p _value de la probabilidad asociada al estadístico de

prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=0.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de elementos tangibles de la calidad de atención, con un (Promedio = 25.90) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de elementos tangibles de la calidad de atención con un (Promedio = 56). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de elementos tangibles de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Segunda hipótesis específica

Formulación de la hipótesis

Ho: No existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Ha: Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 26

Contrastación de hipótesis de comparación de empatía del servicio de medicina y cirugía

| | Servicio de medicina (n=40) | Servicio de cirugía (n=40) | |
|----------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Rango promedio | 27,10 | 1084.00 | U= 264,000 Z = -5.186 p = .000 |
| Suma de rangos | 53,90 | 2156,00 | |

En la tabla 26, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: el puntaje del p -value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de empatía de la calidad de atención, con un (Promedio = 27.10) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de empatía de la calidad de atención con un (Promedio = 53.90). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de empatía de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Tercera hipótesis específica

Formulación de la hipótesis

Ho: No existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión Capacidad de Respuesta percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Ha: Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión Capacidad de Respuesta percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 27.

Contrastación de hipótesis de comparación de seguridad del servicio de medicina y cirugía

| | Servicio de medicina (n=40) | Servicio de cirugía (n=40) | |
|----------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Rango promedio | 22,84 | 913.50 | U= 93,500 Z = -6.828 |
| Suma de rangos | 58,16 | 2326,50 | $p = .000$ |

En la tabla 27, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: el puntaje del p_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de seguridad de la calidad de atención, con un (Promedio = 22.84) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de seguridad de la calidad de atención con un (Promedio = 58.16). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de seguridad de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Cuarta hipótesis específica

Formulación de la hipótesis

Ho: No existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión de responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Ha: Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión de responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 28.

Contrastación de hipótesis de comparación de responsabilidad del servicio de medicina y cirugía

| | Servicio de medicina (n=40) | Servicio de cirugía (n=40) | |
|----------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Rango promedio | 21.81 | 872,50 | U= 52,500 Z = -7.230 |
| Suma de rangos | 59,19 | 2367,50 | p = .000 |

En la tabla 28, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: el puntaje del p_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de responsabilidad de la calidad de atención, con un (Promedio = 21.81) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de responsabilidad de la calidad de atención con un (Promedio = 59.19). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de responsabilidad de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Quinta hipótesis específica

Formulación de la hipótesis

H₀: No existe diferencias entre el nivel de calidad de atención en su dimensión de confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

H_a: Existe diferencias entre el nivel de calidad de atención en su dimensión de confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

Elección de nivel de significancia: $\alpha = ,05$

Regla de decisión: Si $p < 05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 29.

Contrastación de hipótesis de comparación de confiabilidad del servicio de medicina y cirugía

| | Servicio de medicina (n=40) | Servicio de cirugía (n=40) | |
|----------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Rango promedio | 24,43 | 977,00 | U= 157,000 Z = -6.208 |
| Suma de rangos | 56,58 | 2263,00 | p = .000 |

En la tabla 28, se presentan los resultados para contrastar la quinta hipótesis específica: el puntaje del p -value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de confiabilidad de la calidad de atención, con un (Promedio = 24.43) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de confiabilidad de la calidad de atención con un (Promedio =

56.58). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de confiabilidad de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

IV. Discusión

En la presente tesis se investigó la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además; se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 62.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de calidad de atención coincidiendo con la investigación de García (2012) quien encontró que el 21% de encuestados manifestó que fue excelente, el 35% como buena, el 37% como muy buena, el 6% regular y finalmente como mala el 1%. Lo que demostró como promedio en la satisfacción del usuario está entre buena y muy buena la calificación de la atención. Además, coincide con Aguilar (2015) el grado de satisfacción del usuario hospitalizado en su mayoría el 46% fueron satisfechos complacidos un 43%, e insatisfechos el 11% con respecto al servicio brindado., el nivel de calidad de atención de la enfermera percibida por el usuario en su mayoría el 64% fue buena, él 32.4 regular y solo 2.7 baja. Los resultados hallados en relación a las enfermeras, se contradicen de Borre (2013) quien encontró el 78% de los pacientes evidencio altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Diferenciándose a los resultados de Luna (2012) quien concluyó que la percepción de la calidad fue buena en el 63%, regular en el 21% y mala en el 16% de los usuarios externos.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre los elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 25% manifiestan un nivel bajo, el 57.5% expresan un nivel medio y el 17.5% indican nivel alto de elementos tangibles de la calidad de atención percibida del servicio de medicina, coincidiendo con la investigación de Mongui (2015) quien encontró que el 39% de encuestados perciben que el ingreso, movilización y desplazamiento dentro de

las instituciones son complicadas, y el 45% percibe que la silletería, camas y camillas es incómodo para su condición de discapacidad. Diferenciándose a los resultados de Luna (2012) en las dimensiones de la calidad de servicio mejor valoradas por los usuarios fueron los aspectos tangibles con 70%. Por lo que Zeithman y Bitner (2002) manifestaron que los elementos tangibles se refieren “a la apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación. Todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los clientes utilizan en particular, para evaluar la calidad” (p. 103).

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la empatía percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 65% expresan un nivel medio y el 7.5% indican nivel alto de empatía de la calidad de atención percibida del servicio de medicina; coincidiendo con la investigación de Mongui (2015) se concluyó el 59,1% percibe que no se respetó su privacidad durante la consulta. Coinciden en resultados de García (2013) ya que de todos los encuestados, el 52% indicó estar satisfecho con los aspectos encerrados en la dimensión de empatía. Por lo que Feshback (1984) definió empatía como “una experiencia adquirida a partir de las emociones de los demás a través de las perspectivas tomadas de éstos y de la simpatía, definida como un componente emocional de la empatía” (Ávila, 2011, p. 9).

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la seguridad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además, se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 40% manifiestan un nivel bajo, el 52.5% expresan un nivel medio y el 7.5% indican nivel alto de seguridad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina. Coincidiendo con la investigación de García (2013) ya que de todos los encuestados el 51.8% en la dimensión de seguridad a diferencia de las otras dimensiones que muestran un grado mayor de insatisfacción. En relación a las enfermeras, coinciden en

resultados de García (2013) ya que de todos los encuestados las dimensiones de la calidad de servicio mejor valoradas por los usuarios fueron la seguridad con 68%. Por lo que González (2006) precisó que “la seguridad es el conocimiento del servicio y la cortesía prestada, amabilidad de los empleados; así como, su habilidad para transferir confianza al cliente”

En relación a la cuarta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la responsabilidad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 37.5% manifiestan un nivel bajo, el 52.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de responsabilidad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina.

En relación a la quinta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la confiabilidad por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 25% manifiestan un nivel bajo, el 57.5% expresan un nivel medio y el 17.5% indican nivel alto de confiabilidad de la calidad de atención percibida del servicio de medicina. Coincidiendo con los resultados de García (2013) ya que de todos los encuestados las dimensiones de la calidad de servicio mejor valoradas por los usuarios fueron la confiabilidad con 53%.

V. Conclusiones

Primera:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 56,000.

Segunda:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre los elementos tangibles por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 180,000.

Tercera:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la empatía percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 264,000.

Cuarta:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la seguridad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 93,500.

Quinta:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la responsabilidad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía un hospital Nivel III Lima-2017 ; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 52,500.

Sexta:

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la confiabilidad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en el un

hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 157,000.

VI. Recomendaciones

Primera:

Se recomienda al Director de un hospital Nivel III Lima-2017 que se tomen en cuenta los resultados percibidos por los usuarios, siendo estos de niveles medios y bajos en el área de cirugía; por lo que se sugiere capacitar al personal de servicio de cirugía en servicio de seguridad, responsabilidad y confiabilidad.

Segunda:

Se recomienda al Director de un hospital Nivel III Lima-2017 que tomen decisiones en la mejora de los elementos tangibles, de tal manera que los equipos sean modernos, mejoren los materiales del área e instalaciones físicas sean visualmente atractivos.

Tercera:

Se recomienda al Director de un hospital Nivel III Lima-2017 que realice capacitaciones del desarrollo de empatía, para que el personal del área de cirugía brinde una mejor atención individualizada y cuiden los intereses de los usuarios.

Cuarta:

Se recomienda al Director de un hospital Nivel III Lima-2017 que realice capacitaciones del desarrollo de seguridad; de tal manera que los comportamientos de los colaboradores inspiren confianza y traten con conocimiento y cortesía.

Quinta:

Se recomienda al Director de un hospital Nivel III Lima-2017 que realice capacitaciones del desarrollo de responsabilidad; de tal forma que los colaboradores brinden servicio con celeridad y siempre disponibilidad de atención.

Sexta:

Se recomienda al Director de un hospital Nivel III Lima-2017 que realice capacitaciones del desarrollo de confiabilidad; de tal manera que los colaboradores cumplan con el tiempo establecido, realicen su trabajo con interés y oportunidades prometidas.

V. Referencias bibliográficas

- Aguilar, F. (2015). *Satisfacción del usuario hospitalizado y su relación con la calidad de atención de la enfermera en el servicio de cirugía general y trauma del hospital regional docente de Trujillo*. (Tesis de maestría). Perú: Uladech, Católica. Recuperado de http://tesis.uladech.edu.pe/handle/ULADECH_CATOLICA/145
- Álvarez, J., Chaparro, E., y Bernal, S. (2014). *Retos en la formación de profesionales logísticos: servicio y competitividad*. Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2014/1372/#indice>
- Ávila, H. (2011). *Calidad de atención*. Recuperado de http://www.unac.edu.pe/documentos/organizacion/vri/cdcitra/Informes_Finales_Investigacion/Noviembre_2011/IF_HERNAN%20AVILA_FCA/CONTENIDO.pdf
- Borre, Y. (2013). *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla*. (Tesis de maestría). Colombia: Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>
- Deming, E. (s/f). *La calidad como filosofía de gestión*. Recuperado de <http://www.pablogiugni.com.ar/william-edwards-deming/>
- Donabedian, A. (1984). *La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. México. *Salud Publica* 35(3), pp. 238-247.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la Atención Médica*. México: Prensa Médica Mexicana.
- García, J. (2012). *Evaluación de la calidad y calidez de la atención a los usuarios del sub-centro El Bosque Guayaquil*. (Tesis de maestría). Ecuador.

Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1037/1/tesis%20de%20Maestr%20en%20gerencia%20de%20salud%20%20dr.%20jorge%20garcia.pdf>

García, D. (2013). *Percepción y expectativas de la calidad de atención de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud delicia villachorillos en el periodo febrero a mayo 2013*. (Tesis de maestría). Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/246/1/Garc%C3%ADa_dl.pdf

Gómez, A. (2013). *X Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/DGSP/observatorio/documentos/ix_conferencia/26sep/Calidad_y_Humanizacion%20-%20Dra%20Gomez%20OPS.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edición. México: Edamsa Impresiones S.A.

Huiza, G. (2006). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la Base Naval. Callao*. (Tesis de maestría). Lima, Perú: UNMSM. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1891/1/Huiza_gg.pdf

Landa, O. (2015). *La calidad de servicio en la satisfacción que obtienen los usuarios de las entidades prestadoras de salud*. Recuperado de http://www.academia.edu/11120546/Proyecto_tesis_CALIDAD_DE_SERVICIO_EN_LA_SATISFACCION_DE_LOS_USUARIOS_DE_LAS_ENTIDADES_PRESTADORAS_DE_SALUD_3_

Luna, C. (2012). *La percepción de la calidad de servicio en la emergencia pediátrica. Estudio multicentrico red asistencial Rebagliati*. (Tesis de maestría). Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/152/147>

- Minsa. (2009). *Documento técnico: Política nacional de calidad en salud*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
- Mongui, E. (2015). *Percepción de la calidad de la atención médica en la población con discapacidad física-motora que acude a la fundación APRLP*. (Tesis de Maestría, Universidad de La Plata, Argentina). Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46054/Documento_completo.pdf?sequence=1.
- OMS. (s/f). *Capítulo 8: De la calidad de la atención en salud*. Recuperado de <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%208.pdf>
- Parasuraman, A., Berry, L. y Zeithaml, V. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67:420-50.
- Pascual, M. (2004). *Modelos de calidad de servicio*. Recuperado de <https://calidad-de-servicio-unexpo2011.wikispaces.com/.../modelos+de+calidad+de+servi>
- Podestá, L. (2012). *Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital de Essalud Vitarte Lima*. (Tesis de Maestría). Lima, Perú: UNMSM. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3161/1/Podesta_gl.pdf
- Porto, J. y Merino, M (2013). Definición de paciente. Recuperado de <http://www.google.com.pe/searchq=autorportoymmerino+definiciondepaciente>
- Rodríguez, A. y Lugo, D. (2006). Garantía de la calidad en salud. *Salud en Tabasco*, 12(3), pp. 551-554.
- Ruelas, B. y Zurita, G. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*, 35(7), 235.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseño en la investigación científica*. 5ª edición. Lima-Peru: Business support Aneth S.R.L.

Zeithman, V. y Bitner, J. (2002). *Marketing de servicio*. 2ª edición. México: Fic Graw-Hill Interamericana.

Anexos

Anexo A: Matriz de consistencia

| TÍTULO: Calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017 | | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|--|--------------|--------------------|
| AUTOR: | | | | | | |
| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES | | | |
| <p>Problema principal: ¿Qué diferencias existen en la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?</p> <p>Problemas secundarios: ¿Qué diferencias existen en la Calidad de atención en su dimensión Elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?</p> <p>¿Qué diferencias existen en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?</p> <p>¿Qué diferencias existen en la seguridad en su</p> | <p>Objetivo general: Comparar el nivel de Calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Objetivos específicos: Comparar el nivel de Calidad de atención en su dimensión Elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Comparar el nivel de Calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Comparar el nivel de Calidad de atención en su dimensión seguridad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> | <p>Hipótesis general: Existe diferencias significativas entre el nivel de Calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Hipótesis específicas: Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión Elementos tangibles percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Existe diferencias significativas entre el nivel de calidad de atención en su dimensión empatía percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Existe diferencias significativas entre el nivel de Calidad de atención en su dimensión seguridad percibida por los pacientes</p> | Variable 1: Competencias | | | |
| | | | Dimensiones | Indicadores | Items | Nivel/rango |
| | | | Elementos tangibles | Personas Infraestructura Objetos | 1,2,3,4,5 | Alto (77-105) |
| | | | Empatía | Personalización de la atención Conocimiento del cliente | 6,7,8,9 | Medio (49-76) |
| | | | Seguridad | Cortesía Servicialidad Competencia Credibilidad | 10,11,12,13 | Bajo (21-48) |
| Responsabilidad | Eficiencia Eficacia Efectividad Repetición problemas | 14,15,16 | | | | |
| Confiabilidad | Espera Inicio y terminación Duración Posservicio | 17,18,19,20,21 | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| <p>dimensión Capacidad de respuesta percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017?</p> <p>¿Qué diferencias existen en la Calidad de atención en su dimensión responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017 ?</p> <p>¿Qué diferencias existen en la Calidad de atención en su dimensión confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017 ?</p> | <p>Comparar el nivel Calidad de atención en su dimensión responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Comparar el nivel de Calidad de atención en su dimensión confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> | <p>del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Existe diferencias significativas entre el nivel Calidad de atención en su dimensión responsabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>Existe diferencias significativas entre el nivel de Calidad de atención en su dimensión confiabilidad percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017 .</p> | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|

| TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | POBLACIÓN Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | ESTADÍSTICA A UTILIZAR |
|---|--|--|---|
| <p>TIPO: Sustantiva Nivel Descriptiva Comparativa</p> <p>DISEÑO: Enfoque: cuantitativo No experimental Transversal</p> <p>MÉTODO: Hipotético deductivo</p> | <p>POBLACIÓN: La población estuvo constituida por los usuarios de los dos servicios de un hospital Nivel III Lima-2017</p> <p>MUESTRA: La muestra fue de 80 usuarios de dos servicios</p> <p>MUESTREO: El muestreo fue no probabilístico por conveniencia</p> | <p>Variable: Calidad de Atención</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario SERVQUAL</p> <p>Autor: Parazuraman A, Zeithlaml V y Berry L Año: 1988</p> | <p>Se analizo los datos y se realizó la Estadística Descriptiva en el Programa Estadístico SPSS versión 22.0 para así obtener la: Media aritmética de los datos agrupados, frecuencia, desviación estándar, la mediana, etc por cada dimensión.</p> <p>Por último se procesó mediante el Programa Estadístico SPSS versión 22.0 la obtención de tablas, frecuencias y gráficos para posteriormente analizarlos e interpretarlos.</p> <p>Así como la aplicación de la prueba de U – MANN WHITNEY para demostrar la diferencia significativa en las dos muestras independientes</p> |

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES

Presentación: El presente cuestionario se usará para conocer la Calidad de Atención que usted percibe como paciente de un hospital Nivel III Lima-2017 Favor no deje de contestar ninguna pregunta.

Importante: Lea cuidadosamente y escriba su respuesta. Marque los cuadrados con una "X"

Importante: Lea cuidadosamente y Marque con un círculo o una "X" su respuesta.

| | | | | |
|--------------------------|----------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Totalmente de acuerdo =5 | De acuerdo = 4 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3 | En desacuerdo = 2 | Totalmente en desacuerdo =1 |
|--------------------------|----------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|

| N ^a | Calidad de servicio | Escala de Importancia | | | | |
|----------------|---|-----------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | DIMENSION: Elementos tangibles | | | | | |
| 1 | Los equipos del área en que es atendido es moderna. | | | | | |
| 2 | Las instalaciones físicas del área en que es atendido son visualmente atractivas. | | | | | |
| 3 | La presentación del personal es buena. | | | | | |
| 4 | Los materiales del área en el que es atendido son visualmente atractivos. | | | | | |
| 5 | Los horarios de atención son convenientes. | | | | | |
| | DIMENSIÓN: EMPATÍA | | | | | |
| 6 | El personal le brinda atención individualizada. | | | | | |
| 7 | El área de atención cuenta con personal que brinda atención personal. | | | | | |
| 8 | El área de atención se preocupa de cuidar los intereses de sus pacientes. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 9 | El personal entiende sus necesidades específicas. | | | | | |
| | DIMENSIÓN: SEGURIDAD | | | | | |
| 10 | El comportamiento del personal le inspira confianza. | | | | | |
| 11 | Se siente seguro en el área de atención | | | | | |
| 12 | El personal lo trata con cortesía. | | | | | |
| 13 | El personal cuenta con conocimiento para responder a las consultas | | | | | |
| | DIMENSION: RESPONSABILIDAD | | | | | |
| 14 | El personal del área de atención brinda el servicio con prontitud. | | | | | |
| 15 | El personal del área de atención se muestra dispuesto a ayudarlo. | | | | | |
| 16 | El personal del área de atención nunca está demasiado ocupado para no atenderlo. | | | | | |
| | DIMENSIÓN: CONFIABILIDAD | | | | | |
| 17 | El área de atención cumple a tiempo lo programado. | | | | | |
| 18 | Cuando tiene un problema el área de atención muestra sincero interés por resolverlo. | | | | | |
| 19 | El área de atención desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez. | | | | | |
| 20 | El área de atención proporciona sus servicios en la oportunidad prometida. | | | | | |
| 21 | El área de atención lo mantiene informado del momento en que realiza los servicios. | | | | | |

Anexo C. Certificado de validez de contenido del instrumento que mide calidad de atención

| Nº | DIMENSIONES / items | Claridad ¹ | | Pertinencia ² | | Relevancia ³ | | Sugerencias |
|----|---|-----------------------|----|--------------------------|----|-------------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | DIMENSION: Elementos tangibles | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 1 | Los equipos del área en que es atendido es moderna. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | Las instalaciones físicas del área en que es atendido son visualmente atractivas. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | La presentación del personal es buena. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | Los materiales del área en el que es atendido son visualmente atractivos. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | Los horarios de atención son convenientes. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | DIMENSIÓN: EMPATÍA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | El personal le brinda atención individualizada. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | El área de atención cuenta con personal que brinda atención personal. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | El área de atención se preocupa de cuidar los intereses de sus pacientes. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | El personal entiende sus necesidades específicas. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | DIMENSIÓN: SEGURIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | El comportamiento del personal le inspira confianza. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 11 | Se siente seguro en el área de atención | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 12 | El personal lo trata con cortesía. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| 13 | El personal cuenta con conocimiento para responder a las consultas | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| DIMENSION: RESPONSABILIDAD | | | | | | | |
| 14 | El personal del área de atención brinda el servicio con prontitud. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 15 | El personal del área de atención se muestra dispuesto a ayudarlo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 16 | El personal del área de atención nunca está demasiado ocupado para no atenderlo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| DIMENSION: CONFIABILIDAD | | | | | | | |
| 17 | El área de atención cumple a tiempo lo programado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 18 | Cuando tiene un problema el área de atención muestra sincero interés por resolverlo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 19 | El área de atención desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 20 | El área de atención proporciona sus servicios en la oportunidad prometida. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 21 | El área de atención lo mantiene informado del momento en que realiza los servicios. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable Jun 19 de Dic del 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: Rodriguez Taborda Abel
 DNI: 0.8012553

Especialidad del evaluador: Tanatómico

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

Abel Rodriguez Taborda
 Dr. Abel Rodríguez Taborda
 Psicólogo
 C.Ps.P. 0832

| Nº | DIMENSIONES / items | Claridad ¹ | | Pertinencia ² | | Relevancia ³ | | Sugerencias |
|----|---|-----------------------|----|--------------------------|----|-------------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | DIMENSION: Elementos tangibles | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 1 | Los equipos del área en que es atendido es moderna. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | Las instalaciones físicas del área en que es atendido son visualmente atractivas. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | La presentación del personal es buena. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | Los materiales del área en el que es atendido son visualmente atractivos. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | Los horarios de atención son convenientes. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | DIMENSIÓN: EMPATÍA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | El personal le brinda atención individualizada. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | El área de atención cuenta con personal que brinda atención personal. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | El área de atención se preocupa de cuidar los intereses de sus pacientes. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | El personal entiende sus necesidades específicas. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | DIMENSIÓN: SEGURIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | El comportamiento del personal le inspira confianza. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 11 | Se siente seguro en el área de atención | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 12 | El personal lo trata con cortesía. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|--|--|
| 13 | El personal cuenta con conocimiento para responder a las consultas | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| DIMENSION: RESPONSABILIDAD | | | | | | |
| 14 | El personal del área de atención brinda el servicio con prontitud. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 15 | El personal del área de atención se muestra dispuesto a ayudarlo. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 16 | El personal del área de atención nunca está demasiado ocupado para no atenderlo. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| DIMENSIÓN: CONFIABILIDAD | | | | | | |
| 17 | El área de atención cumple a tiempo lo programado. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 18 | Cuando tiene un problema el área de atención muestra sincero interés por resolverlo. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 19 | El área de atención desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 20 | El área de atención proporciona sus servicios en la oportunidad prometida. | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 21 | El área de atención lo mantiene informado del momento en que realiza los servicios. | ✓ | ✓ | ✓ | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): existe suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable [] 15 de 12 del 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: Mg. Fernández Larz Augusto
 DNI: 07675570

Especialidad del evaluador: temático

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.


 Augusto Ricardo Fernández Larz
 Mg. Adm. en M. Educa.

| Nº | DIMENSIONES / items | Claridad ¹ | | Pertinencia ² | | Relevancia ³ | | Sugerencias |
|----|---|-----------------------|----|--------------------------|----|-------------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | DIMENSION: Elementos tangibles | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 1 | Los equipos del área en que es atendido es moderna. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | Las instalaciones físicas del área en que es atendido son visualmente atractivas. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | La presentación del personal es buena. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | Los materiales del área en el que es atendido son visualmente atractivos. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | Los horarios de atención son convenientes. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | DIMENSIÓN: EMPATÍA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | El personal le brinda atención individualizada. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | El área de atención cuenta con personal que brinda atención personal. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | El área de atención se preocupa de cuidar los intereses de sus pacientes. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | El personal entiende sus necesidades específicas. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | DIMENSIÓN: SEGURIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | El comportamiento del personal le inspira confianza. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 11 | Se siente seguro en el área de atención | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 12 | El personal lo trata con cortesía. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

| | | | | | | | |
|----|--|---|--|---|--|---|--|
| | consultas | | | | | | |
| | DIMENSION: RESPONSABILIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 14 | El personal del área de atención brinda el servicio con prontitud. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 15 | El personal del área de atención se muestra dispuesto a ayudarlo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 16 | El personal del área de atención nunca está demasiado ocupado para no atenderlo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | DIMENSION: CONFIABILIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 17 | El área de atención cumple a tiempo lo programado. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 18 | Cuando tiene un problema el área de atención muestra sincero interés por resolverlo. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 19 | El área de atención desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 20 | El área de atención proporciona sus servicios en la oportunidad prometida. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 21 | El área de atención lo mantiene informado del momento en que realiza los servicios. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): EXISTE SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable ...15...de...12...del 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: Palacios Garay Jessica
 DNI: 00390957

Especialidad del evaluador: Metodología

¹ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

² Pertinencia: Si el ítem pertenece a la dimensión.

³ Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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


 Dra. Jessica Paola Palacios Garay
 CPP# 0300370757

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | P21 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 |
| 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 3 | 1 | 3 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 7 | 5 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 8 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| 9 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 | 5 | 3 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 5 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 10 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 2 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| 12 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 13 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 |
| 14 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 5 | 3 | 2 | 5 | 2 |
| 15 | 5 | 4 | 4 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 16 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 17 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 18 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| 19 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 20 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 |

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|------------------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 30 | 100,0 |
| | Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

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

Estadísticas de fiabilidad

| | |
|------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| ,948 | 21 |

Interpretación:

El resultado nos indica que el instrumento de la variable calidad de atención es altamente confiable con una puntuación de 0,948 puntos.

Anexo E. Base de datos de la variable calidad de atención

| N | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | D1 | p6 | p7 | p8 | p9 | D2 | p10 | p11 | p12 | p13 | D3 | p14 | p15 | p16 | D4 | p17 | p18 | p19 | p20 | p21 | D5 | Suma |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|------|
| 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 5 | 4 | 5 | 4 | 18 | 5 | 5 | 5 | 4 | 19 | 5 | 5 | 5 | 15 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 18 | 90 |
| 2 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 19 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 5 | 4 | 5 | 3 | 17 | 3 | 3 | 5 | 11 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 17 | 76 |
| 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 19 | 3 | 3 | 5 | 3 | 14 | 3 | 5 | 5 | 5 | 18 | 5 | 5 | 4 | 14 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 22 | 87 |
| 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 22 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 5 | 4 | 5 | 5 | 19 | 3 | 5 | 4 | 12 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 18 | 83 |
| 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 18 | 3 | 3 | 5 | 3 | 14 | 5 | 3 | 5 | 3 | 16 | 3 | 3 | 5 | 11 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 16 | 75 |
| 6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 3 | 3 | 3 | 4 | 13 | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 | 3 | 3 | 4 | 10 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 17 | 70 |
| 7 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 5 | 5 | 5 | 3 | 18 | 3 | 5 | 4 | 12 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 23 | 80 |
| 8 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 18 | 5 | 4 | 2 | 4 | 15 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 22 | 85 |
| 9 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 4 | 3 | 5 | 5 | 17 | 5 | 5 | 5 | 3 | 18 | 5 | 3 | 5 | 13 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 20 | 88 |
| 10 | 4 | 2 | 2 | 4 | 5 | 17 | 2 | 2 | 3 | 4 | 11 | 4 | 5 | 5 | 3 | 17 | 5 | 5 | 3 | 13 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 18 | 76 |
| 11 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 20 | 5 | 3 | 3 | 5 | 16 | 4 | 3 | 3 | 3 | 13 | 3 | 5 | 3 | 11 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 21 | 81 |
| 12 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 | 19 | 5 | 5 | 5 | 4 | 19 | 4 | 4 | 4 | 5 | 17 | 5 | 3 | 5 | 13 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 19 | 87 |
| 13 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 19 | 4 | 3 | 3 | 5 | 15 | 4 | 4 | 4 | 3 | 15 | 5 | 5 | 3 | 13 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 17 | 79 |
| 14 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 21 | 4 | 3 | 5 | 5 | 17 | 3 | 5 | 3 | 5 | 16 | 5 | 3 | 3 | 11 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 16 | 81 |
| 15 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 17 | 5 | 3 | 3 | 4 | 15 | 4 | 4 | 5 | 4 | 17 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 5 | 6 | 5 | 3 | 23 | 86 |
| 16 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 20 | 4 | 3 | 5 | 5 | 17 | 4 | 5 | 5 | 4 | 18 | 6 | 5 | 5 | 16 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 22 | 93 |
| 17 | 3 | 6 | 5 | 5 | 5 | 24 | 5 | 5 | 5 | 3 | 18 | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 21 | 94 |
| 18 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 17 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 3 | 5 | 5 | 5 | 18 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 22 | 83 |
| 19 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 15 | 3 | 5 | 3 | 3 | 14 | 3 | 4 | 4 | 4 | 15 | 4 | 4 | 4 | 12 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 76 |
| 20 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 21 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | 4 | 5 | 5 | 14 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 25 | 95 |
| 21 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 22 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 5 | 4 | 5 | 4 | 18 | 4 | 4 | 5 | 13 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 21 | 92 |
| 22 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 21 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 4 | 5 | 4 | 4 | 17 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 23 | 91 |
| 23 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 22 | 4 | 4 | 5 | 5 | 18 | 5 | 5 | 5 | 4 | 19 | 5 | 5 | 5 | 15 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 21 | 95 |
| 24 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | 5 | 5 | 5 | 4 | 19 | 5 | 5 | 5 | 15 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 22 | 93 |
| 25 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 19 | 4 | 4 | 5 | 4 | 17 | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | 4 | 4 | 5 | 13 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 21 | 87 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|----|---|---|---|----|---|---|---|---|---|----|----|
| 26 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 5 | 4 | 5 | 4 | 18 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 5 | 4 | 4 | 13 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 21 | 88 |
| 27 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 23 | 4 | 3 | 3 | 5 | 15 | 5 | 4 | 5 | 5 | 19 | 5 | 5 | 4 | 14 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 19 | 90 |
| 28 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 21 | 4 | 3 | 3 | 3 | 13 | 5 | 4 | 5 | 3 | 17 | 4 | 3 | 3 | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 25 | 86 |
| 29 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 23 | 5 | 3 | 3 | 3 | 14 | 3 | 3 | 4 | 3 | 13 | 5 | 5 | 4 | 14 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 21 | 85 |
| 30 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 19 | 3 | 5 | 4 | 3 | 15 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 3 | 5 | 4 | 12 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 21 | 79 |
| 31 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 21 | 5 | 3 | 5 | 3 | 16 | 5 | 3 | 5 | 3 | 16 | 5 | 3 | 5 | 13 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 17 | 83 |
| 32 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 17 | 5 | 3 | 5 | 3 | 16 | 3 | 3 | 5 | 3 | 14 | 5 | 3 | 5 | 13 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 17 | 77 |
| 33 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 19 | 3 | 5 | 5 | 3 | 16 | 5 | 3 | 5 | 3 | 16 | 5 | 3 | 3 | 11 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 21 | 83 |
| 34 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 24 | 4 | 3 | 5 | 3 | 15 | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | 5 | 3 | 3 | 11 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 18 | 85 |
| 35 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 18 | 84 |
| 36 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 19 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 5 | 5 | 4 | 4 | 18 | 4 | 4 | 4 | 12 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 20 | 85 |
| 37 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 5 | 4 | 4 | 5 | 18 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 4 | 4 | 4 | 12 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 20 | 86 |
| 38 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20 | 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | 5 | 5 | 5 | 4 | 19 | 5 | 4 | 5 | 14 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 23 | 93 |
| 39 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 21 | 4 | 3 | 3 | 3 | 13 | 4 | 5 | 4 | 4 | 17 | 4 | 4 | 5 | 13 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 22 | 86 |
| 40 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 19 | 5 | 5 | 5 | 3 | 18 | 5 | 5 | 3 | 3 | 16 | 3 | 3 | 4 | 10 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 21 | 84 |

Anexo F. Artículo científico



Calidad de atención percibida por los pacientes en los servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017

Br. Pilar Gladys Bernaola Peña

Escuela de Posgrado
Universidad César Vallejo Filial Lima

Resumen

La presente investigación lleva por título: “Calidad de atención percibida por los pacientes de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017” y el objetivo general fue comparar los niveles de Calidad de atención percibida por los pacientes del servicio de medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017. El enfoque fue cuantitativo porque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, el tipo fue básica de nivel descriptivo correlacional; de diseño no experimental con corte transversal. La población fue constituida por 80 usuarios de en un hospital Nivel III Lima-2017, 40 del área de medicina y 40 del área de cirugía. El instrumento de calidad de atención fue de Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A. y Berry (1988). Con una confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.948. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software Spss versión 23. Los resultados indicaron que el p_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas. Por otro lado los encuestados del servicio de medicina obtuvieron puntuaciones de calidad de atención, con un (Promedio = 21.90) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de calidad de atención con un (Promedio = 59.10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en

la percepción de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Palabras clave

Calidad de atención, elementos tangibles, fiabilidad Capacidad de respuesta, Seguridad, empatía

Abstract

The present research is entitled: "Quality of care perceived by patients of the medical and surgical service in hospital Level III Lima-2017 hospital" and the general objective was to compare the levels of quality of care perceived by patients of the service Medicine and surgery at a hospital level III Lima-2017. The approach was quantitative because it used data collection to test hypotheses based on numerical measurement and statistical analysis, the type was basic descriptive correlational level; Of non-experimental design with cross-section. The population was constituted by 80 users of the hospital level III Lima-2017, 40 of the area of medicine and 40 of the area of surgery. The instrument of quality of care was by Parasuraman, A .; Zeithaml, V.A. and Berry (1988). With a Cronbach alpha reliability of 0.948. The Spss version 23 software was used for data processing. The results indicated that the p -value of the probability associated with the calculated test statistic that were obtained from the research data is $p = .000 < .05$ and indicates significant differences. On the other hand, the respondents of the medical service obtained scores of quality of care, with a (Average = 21.90) unlike the respondents of the surgery service obtained results in the quality of care scores with a (Average = 59.10). Therefore, it is affirmed that there are significant differences in the perception of the quality of care of the medical service and the surgery service.

Keywords

Quality of care, tangible elements, reliability Responsiveness, Security, empathy

Introducción

Mongui (2015) realizó una investigación cuyo título Percepción de la calidad de la atención médica en la población con discapacidad física-motora que acude a la fundación APRLP y el objetivo fue explicar la sensación de la importancia de

servicio médico en la sociedad de discapacidad física y motricidad que va a la fundación APRILP. Metodología : tipo de estudio investigación observacional, descriptiva y corte transversal la investigación se desarrolló en un planteamiento cuantitativo usando variables cualitativas y cuantitativas (edad) el mundo en investigación alcanzo 110 hombres y damas con dificultades físicas y motricidad describió la percepción con respecto a la inteligencia, confianza, oportunidades y soluciones, totales, se hace por encuestas de 30 interrogantes. Con el acopio de datos se determinó que el 39% de sondeados ven que la entrada, movimiento y desempeño en los interiores en las instituciones son dificultosas, y el 45% ve que el mobiliario, literas y camillas no es cómodo para su estado de invalides y el 59,1% observo que no hubo privacidad en la atención. En los resultados se evidencia que la percepción fue desfavorable en su estructura y proceso de la consulta médica a la sociedad con dificultad física y motriz en lo cual dificulta su recuperación y participación social impactada sobre el desarrollo de vida.

Definición calidad de atención

Parazuraman, Zeithmal y Berry (1991) afirmaron que la calidad de atención es: Hay bastantes diferencias y aspectos deficientes existen con relación a la percepción en la calidad de los servicios ejecutivo. Los déficits son factores que afectan las posibilidades de ofrecer servicios que sean percibidos por los clientes de calidades altas. (p. 44).

Dimensión 1: Elementos tangibles.

Zeithman y Bitner (2002) manifestaron que los elementos tangibles se refieren “a la apariencia de las instalaciones físicas, los equipos, los personales y el material de comunicación. Todos ellos transmiten representaciones físicas o imágenes del servicio, que los clientes utilizan en particular, para evaluar la calidad” (p. 103).

Dimensión 2: Empatía.

Según Zeithman y Bitner (2002) la empatía es “brindar a los clientes atención individualizada y cuidadosa”. (p. 103).

Dimensión 3: Seguridad.

Zeithman y Bitner (2002) la responsabilidad es: “El conocimiento y la cortesía de los trabajadores y su inteligencia para inspirar buena fe y confianza” (p.103).

Dimensión 4: Responsabilidad

Para Zeithman y Bitner (2002) la responsabilidad es la “disponibilidad para ayudar a los clientes y para proveer el servicio con prontitud” (p. 103).

Dimensión 5: Confiabilidad.

ABB Nueva Zelanda (2009) indicó que:

Una explicación frecuente de confiabilidad vinculada al menor grado de fallas con los equipos. Por optimizar la confiabilidad se refiere tener la inteligencia de reconocer las dificultades y arreglar los equipos antes de que el departamento de operaciones advierta que hay algo que no funciona. (Ávila, 2011, p. 6).

Metodología

El método de investigación es hipotético deductivo, el tipo de investigación realizada es del tipo básica, el diseño fue No experimental, porque no cuenta con un grupo experimental, no existe una variable independiente a la cual se va manipular, es transversal porque recolectan datos en un solo momento y tiempo único, es descriptivo comparativo. La población estuvo conformada por 80, 40 usuarios de medicina y 40 usuarios de cirugía, los datos se obtuvieron mediante de encuesta utilizando como instrumento un cuestionario y para la confiabilidad de utilizo el Alfa de Cronbach para la variable.

Resultados

En el análisis descriptivo comparativo de las áreas se encontró se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 62.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de calidad de atención percibida del servicio de medicina y de los 40 encuestados del servicio de cirugía, el 12.5% manifiestan un nivel medio y el 87,5% indican nivel alto calidad de atención del servicio de cirugía.

Luego del análisis inferencial se encontró el puntaje del p_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativa como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000 (p < 0.05)$, por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado los encuestados del servicio de

medicina obtuvieron puntuaciones de calidad de atención, con un (Promedio = 21.90) a diferencia de los encuestados del servicio de cirugía obtuvieron resultados en las puntuaciones de calidad de atención con un (Promedio = 59.10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la calidad de atención del servicio de medicina y el servicio de cirugía.

Discusión

En la presente tesis se investigó la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017.

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $**p < .05$, podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017, además; se observa que de los 40 encuestados del servicio de medicina, el 27.5% manifiestan un nivel bajo, el 62.5% expresan un nivel medio y el 10% indican nivel alto de calidad de atención coincidiendo con la investigación de García (2012) quien encontró que el 21% de encuestados manifestó que fue excelente, el 35% como buena, el 37% como muy buena, el 6% regular y finalmente como mala el 1%. Lo que demostró como promedio en la satisfacción del usuario está entre buena y muy buena la calificación de la atención. Además, coincide con Aguilar (2015) el grado de satisfacción del usuario hospitalizado en su mayoría el 46% fueron satisfechos complacidos un 43%, e insatisfechos el 11% con respecto al servicio brindado., el nivel de calidad de atención de la enfermera percibida por el usuario en su mayoría el 64% fue buena, el 32.4 regular y solo 2.7 baja. Los resultados hallados en relación a las enfermeras, se contradicen de Borre (2013) quien encontró el 78% de los pacientes evidencio altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Diferenciándose a los resultados de Luna (2012) quien concluyó que la percepción de la calidad fue buena en el 63%, regular en el 21% y mala en el 16% de los usuarios externos.

Conclusiones

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la calidad de atención percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 56,000. Además, existe diferencias significativas entre los elementos tangibles por los pacientes del servicio medicina y cirugía en un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 180,000, también existe diferencias significativas entre la empatía percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 264,000 y existe diferencias significativas entre la seguridad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 93,500. Además, existe diferencias significativas entre la responsabilidad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía un hospital Nivel III Lima-2017 ; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 52,500. Por otro lado, existe diferencias significativas entre la confiabilidad percibida por los pacientes del servicio medicina y cirugía en el un hospital Nivel III Lima-2017; ya que el nivel de significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 157,000.

Referencias

- Aguilar, F. (2015). *Satisfacción del usuario hospitalizado y su relación con la calidad de atención de la enfermera en el servicio de cirugía general y trauma del hospital regional docente de Trujillo*. (Tesis de maestría). Perú: Uladech, Católica. Recuperado de http://tesis.uladech.edu.pe/handle/ULADECH_CATOLICA/145
- Ávila, H. (2011). *Calidad de atención*. Recuperado de http://www.unac.edu.pe/documentos/organizacion/vri/cdcitra/Informes_Finales_Investigacion/Noviembre_2011/IF_HERNAN%20AVILA_FCA/CONTENIDO.pdf
- Donabedian, A. (1984). *La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Médica Mexicana.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: Edamsa Impresiones S.A.
- Luna, C. (2012). *La percepción de la calidad de servicio en la emergencia pediátrica*. Estudio multicentrico red asistencial Rebagliati. (Tesis de maestría). Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/152/147>
- Mongui, E. (2015). *Percepción de la calidad de la atención médica en la población con discapacidad física-motora que acude a la fundación APRLP*. (Tesis de Maestría, Universidad de La Plata, Argentina). Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46054/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Parasuraman, A., Berry, L. y Zeithaml, V. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67:420-50.
- Zeithman, V. y Bitner, J. (2002). *Marketing de servicio*. 2ª edición. México: FIC Graw-Hill Interamericana