

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA



**“REPERCUSIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD
EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES USUARIOS
DEL CENTRO DE SALUD CHACARILLA
DE OTERO – LIMA, 2005”**

**Tesis Presentada por el Bachiller:
HÉCTOR MARTÍN DELGADO MESÍAS**

**Para optar el Grado Académico de:
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GERENCIA**

**AREQUIPA – PERÚ
2005**



*“La calidad de la Atención de
Salud es responsabilidad de
quienes pretendemos mejorarla”.*

Anónimo.

Agradecimientos

A Dios y a la Virgen María:

Por mantener firme mi fe, permitirme consolidar mis sueños y regalarme a mi tesoro más hermoso Mi Madre, quien con sus ejemplos de perseverancia y ese sabio Don de Responsabilidad siguen haciendo de mí una persona de bien.

A mis Padres:

Muchas Gracias por su apoyo incondicional, por sus consejos, sus valores, su paciencia su motivación constante, pero más que nada por su Amor...

A mis Hermanos:

Carlos, Hortensia, Patricia, a Teita y a Mis cuñados Zeni y Luis Muchas Gracias por su comprensión, su Apoyo fraterno y por ser parte de mi.

A mis sobrinas :

Isabel, Daniela y Alessandra quienes con su ternura y encanto me hacen ver la vida con alegría y optimismo. ¡Las quiero mucho!

Y a todas las personas que con su aliento su tiempo y paciencia permitieron hacer de este trabajo una Realidad.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	05
ABSTRACT	08
INTRODUCCIÓN	11

CAPITULO ÚNICO RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	15
2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	29
3. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN	50
4. REPERCUSIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	53
DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
PROPUESTA	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	70
1. Proyecto de Investigación	71
2. Matriz de Sistematización	117

RESUMEN

La presente investigación es sobre la Repercusión de la Calidad de Atención de Salud en la Satisfacción de los Pacientes usuarios del Centro de Salud Chacarilla de Otero Lima, 2004.

Los objetivos de la investigación fueron: Identificar las dimensiones de la calidad alcanzados en la atención de salud en el Centro de Salud Chacarilla de Otero, establecer si existe o no satisfacción de estos pacientes y determinar la repercusión de la calidad de atención de salud en la satisfacción de los pacientes del Centro de Salud Chacarilla de Otero.

Hipótesis: dado que la presencia de calidad en los servicios de salud, involucran un conjunto de características que deben tener los servicios para el proceso de atención de los usuarios; y que estos servicios están ligados a la percepción de quienes lo reciben, produciéndose en ellos un estado de satisfacción o de insatisfacción. Es probable que la calidad de atención de salud brindada en el Centro de Salud Chacarilla de Otero, repercuta favorablemente en la satisfacción de los pacientes.

En cuanto a la metodología, es un trabajo de tipo observacional, de nivel relacional y de campo, con uso de una encuesta validada preliminarmente y aplicada de manera personal y supervisada.

Las unidades de estudio fueron todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, excluyéndose a los menores de 18 años y mayores de 70, gestantes, no hispano hablantes, psiquiátricos y con retardo mental; que accedían a participar del estudio de setiembre a noviembre del año 2004. De acuerdo al concepto de Largo de Racha Promedio (ARL), la muestra obtenida fueron 300 pacientes, escogidos al azar.

Los resultados muestran en primer lugar una aproximación de similares características generales sociodemográficas de la población estudiada, así el 66% de la población tiene edades entre 21 y 40 años, el 12% entre 41 y 50 años y sólo un 2% por encima de los 60 años. El 76% de la población son de sexo femenino y un solo 24% de sexo masculino. El estado civil predominante fue solteros y convivientes, solo el 34% eran casados. El 85% de la población vive en San Juan de Lurigancho, el 13% de Lima, Rimac y El Agustino respectivamente. Se encontró así mismo que más de la mitad de los usuarios 65%, procedían de Lima y en 8% de Huancayo, 6% de Cajamarca, y un 3% de Piura, etc. Por último el 50% de la población tiene grado de instrucción completa, el 25% educación superior y solo el 2% son analfabetos.

En cuanto a estructura se observa que el 44% de la población opina que el centro de salud tiene costos que son accesibles al paciente, el 38% que son elevados, y un 18% opina que son tan elevados que son inaccesibles.

Un 23.33% opina que el Centro de Salud conoce y acepta sus tradiciones sobre salud de los pacientes, sin embargo, un 26.33% opina que los profesionales de salud conocen sus tradiciones pero no las aceptan, un 27.33% opina que el centro no conoce pero acepta sus tradiciones, y un 20% opina que no se conoce ni se acepta sus tradiciones con respecto a la salud.

El 94% opinó que si es adecuado el horario de atención que presta el Centro de Salud, lo que mejora su accesibilidad. En cuanto a su accesibilidad física de acuerdo a su ubicación, el 65% opina que el centro de salud es accesible por su ubicación, un 18.33 opina que las distancias son muy largas para acceder a el, mientras que un 5.0% opina que el Centro de Salud es inaccesible para los pacientes debido a su ubicación.

En la evaluación del proceso se midió las dimensiones de la calidad de las cuales, el 63% tiene credibilidad en el personal del establecimiento, el 92% refiere que el personal le inspira seguridad y el 85% opina que actúa con

profesionalidad. El 90% expresa confiabilidad y un 6% la niega, el 80% opina que la atención médica se realizó con privacidad y un 5% indica que no. La comunicación durante la consulta médica fue en forma clara en el 63%, y en un 33% no fue clara. El 44% opina que el centro de salud esta completamente limpio, el 38% no sabe precisar si esta limpio y el 18% opina que no está limpio. El 39% de la población opina que los ambientes son cómodos, un 52% que son parcialmente cómodos y un 9% que son incómodos. En relación a la comprensión clara de diagnóstico y tratamiento el 31% comprende, un 57% no comprende y 12% no opina.

En la evaluación de satisfacción, encontramos que el 73% refiere satisfacción de la atención recibida en la calidad de satisfacción y un 2% no tiene satisfacción.

Las conclusiones del presente trabajo son que existe calidad de atención de salud, en las dimensiones de seguridad, profesionalidad, confiabilidad y privacidad, es parcial en las dimensiones de credibilidad y comunicación y no se encuentra calidad en las dimensiones de limpieza, comodidad y comprensión del diagnóstico y tratamiento. Existe satisfacción en la mayor parte de los usuarios (73%).

Por último, aplicando la prueba del chi cuadrado se encontró que la calidad de atención de salud repercute de manera altamente significativa desfavorablemente en la satisfacción de los pacientes atendidos en el centro de salud "Chacarilla de Otero".

ABSTRACT

The present research is about How the Quality of Health attention repercuses on the Satisfaction of the Patients users of the health services that Chacarilla de Otero Health Center offers, 2004.

The objectives of these research were to identify the quality dimensions reached of the health attention at the health Center Chacarilla de Otero, establish if there is or not satisfaction in their patients and define how the quality of health attention repercuses on the satisfaction of the patients users of the health services that Chacarilla de Otero Health Center offers.

Hypothesis: It's Known that the presence of quality at health services need some characteristics that the health services should have for the attention of the users, and that these services are bounded to the perception of whom are receiving them, giving then the state of satisfaction or in satisfaction. Is probably that the quality of attention given at the health Center Chacarilla de Otero, repercuses in favor of the patients satisfaction.

About the methodology of this research it is an observational research, relational level and from field, with the use of an inquest previously validated and supervised personal application.

The units of research were all the patients that accomplish the inclusion criteria: older than 18 years and less than 70, pregnant women, no spanish talking, psiquiatric patients or with mental retardation; who access to participate on the research during September to November of 2004. According to the concept of Average of racha length (ARL), the sample obtained were 300 averages chosen.

Results shows in fist place similar characteristics about sociodemography of the sample with the universe population, this way 66% of the population is aged between 21 and 40 years old, 12% between 41 and 50 years old and

just 2% have above 60 years old. The 76% of the population are female and 24% are male. The predominant civil state was single and cohabitants, just the 34% were married. The 85% of the population lives at San Juan de Lurigancho, the 13% from Lima, Rimac and Agustino respectively. We found that more than half of the users 65% come from Lima, 8% from Huancayo, 6% from Cajamarca and 3% from Piura. At last the 50% of the population have complete level of instruction, 25% have superior studies and 2% were alphabets.

About structure the 44% of the population say that the prices that offers the health center, were accessible to the patients, the 38% that are so high and 18% say that they are inaccessible.

From the population a 23.33% say that at the health center know and accept their health traditions, a 26.33% say that the health professionals know their traditions but don't accept them, a 27.33% say that at the health services don't know but accept their traditions and a 20% say that at health services they don't know either accept their traditions about health.

The 94% say that is right the attention schedule those de health center offers, which improves the accessibility. About the physical accessibility about their location the 65% say that the health center is accessible, 18.33% say that the distances are so long to access the health service, and a 5.0% say than the health center is inaccessible for the patients because of its location.

At the evaluation of the process, we measure de dimensions of quality about whom: the 63% sat that the establishment personal are credible, the 92% say that the personnel inspires him security and an 85% say that they act with professionalism. The 90% say they felt confiability and a 6% denies, the 80% say that the medical attention were with privacy and a 5% say that there were no privacy. The communication during the medical consult was clear in a 63% and wasn't clear in a 33%. The 44% say that the health center is completely clean, a 38% don't know how to say, and the 18% say that it's not

clean. The 39% of the population say that the environment is comfortable, a 52% that are partially comfortable and a 9% that is uncomfortable. About the comprehension in a clear way of the diagnosis and treatment a 31% say that they have a clear comprehension, a 57% denies it and 12% don't know what to say.

At the evaluation of the satisfaction we found that the 73% say that they are satisfied with the quality of attention and a 2% don't have satisfaction.

The conclusions of this research are that there is quality of health attention at security, professionalism, confiability and privacy dimensions, there are partial quality at the credibility and communication, and there is no quality at the comprehension of diagnosis and treatment, comfortability and neat do the health center. There is a satisfaction at the mayor part of users (73%)

To finish, applying the chi square test we found that the quality of health attention repercuses in a high significance way in disfavor of the satisfaction of the patients that uses the Health Center "Chacarilla de Otero".

INTRODUCCIÓN

La atención en salud, es una actividad muy enriquecedora para mi, ésta me permitió tener contacto con la realidad de los usuarios que día a día nos visitan; asimismo conocer más a fondo sus dolencias, temores, dudas, expectativas etc., es decir nos permite conocer la realidad del usuario quien deposita en nosotros toda su confianza, aquí radica la importancia de hacer de la atención en salud una atención de calidad, pues depende de nosotros el hacer de estas expectativas una realidad adecuada.

El conocimiento de lo que se puede brindar a nuestros pacientes y lo que ellos esperan recibir de nosotros se convierte en el quehacer cotidiano de la atención, pues tenemos que realizar una atención de calidad permitiendo alcanzar la satisfacción esperada por ellos al llegar al establecimiento, aunque esto se torne en una utopía, pues muchas veces, no se cuenta con las herramientas y tecnología adecuada, o no les otorgamos lo que ellos esperan.

Somos concientes de las limitaciones existentes, producto del poco apoyo económico al sector salud, pero queda un factor importante que es el factor humano, el que nos permite darnos a nuestros clientes, con la experiencia diaria a través de la cual podemos evidenciar las falencias en las que caemos, nos permite tener la posibilidad de enmienda, de cambio frente a las acciones que tenemos en búsqueda de la calidad y por otro lado también permite alentar nuestros aciertos cimentados en la satisfacción de nuestros clientes.

Sobre este aspecto se ha entablado las diferentes acciones en búsqueda de la calidad en salud, que inicialmente se hizo de manera empírica, con la experiencia personal de cada quien y que luego era transmitida a sus sucesores. Luego se empezó a evaluar de manera objetiva con diversos mecanismos, como control de infecciones, control de complicaciones, control de mortalidad, juntas medicas, etc., tomando acciones como protocolizar

procedimientos, establecer guías de manejo, etc. actividades que han tenido un gran respaldo en los últimos tiempos con la estadística y la epidemiología, que dieron origen a una de las herramientas principales de la búsqueda de la calidad en la atención en salud, como es la medicina basada en evidencias en donde la evidencia científica determina las practicas mas efectivas y seguras para los usuarios.

Durante las prácticas y desempeño profesional realizadas en diferentes instituciones de salud, y para el presente trabajo en los Centros de Salud de la periferia de la ciudad de Lima he observado a los pacientes (clientes externos) que acudían para ser atendidos o para hacer uso de los servicios. Ellos acudían con muchas expectativas en la resolución de sus problemas y por lo tanto son las personas más adecuadas para señalar y precisar la forma en que fueron tratados, el trato que recibieron, el tiempo empleado, la satisfacción de cómo su médico lo examinó y orientó acerca de su dolencia; en otras palabras, son los que realmente pueden evaluar la calidad de atención.

Es en este sentido, que surge interés de investigar la calidad de la atención de salud a través de los pacientes, en cuanto se sientan satisfechos o insatisfechos, empezando por analizar qué es lo que se ofrece y con qué herramientas se cuenta para atender a una población que requiere de servicios promocionales, preventivos y/o curativos.

La realidad existente en los Establecimientos de salud de la periferia es demasiado alarmante y definitivamente hay muchos factores asociados, que van desde la falta de presupuesto otorgado al Ministerio de Salud, la falta de personal ya sea profesional, técnico etc. y el no contar con infraestructura adecuada ni herramientas para poder realizar una atención de calidad. Es en este punto que entra un factor preponderante como es el buscar los medios y las estrategias adecuadas para poder mejorar esta atención en salud buscando la calidad en la misma y que los pacientes (clientes externos) salgan satisfechos con la misma magnitud.

Esta es una investigación que asume un tema de magnitud nacional, además de no contar con trabajos anteriores realizados en el distrito de San

Juan de Lurigancho pues una calidad de atención adecuada nos permitirá tener una mayor captación de pacientes, menor prevalencia de enfermedades y un mejor desenvolvimiento social de la población.

En el fondo se trata de un problema que va más allá de los límites institucionales y que afecta a los diferentes establecimientos de salud del MINSA. En esta tarea estamos involucrados todos los que pertenecemos al Ministerio de Salud, la población y las diferentes asociaciones, los que debemos de buscar las alternativas de solución para infundir una mejor calidad en la atención en salud.

La importancia del presente trabajo, está en lograr cambios radicales en el establecimiento mediante el estudio realizado y los resultados encontrados, en búsqueda de una atención de calidad en la que nuestros usuarios salgan satisfechos de la atención recibida. Ya es tiempo de actuar en la salud de nuestra población, pues es un factor primordial a cuidar, tal como se realiza en países vecinos como Chile, Brasil, esto entonces, representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud en este milenio.

La realización del presente trabajo investigativo es necesaria, pues nos permitirá tener la oportunidad de conocer la realidad del establecimiento en cuanto a la calidad existente en el mismo y el grado de satisfacción de los usuarios, así como las razones de dicha satisfacción o insatisfacción, esto generará la posibilidad de cambio para un mejor servicio mediante las recomendaciones al final del estudio.

Este trabajo contó con la aprobación institucional, el material adecuado y con el principal factor como es la participación activa de los clientes externos, pues de sus opiniones respecto a la atención que reciben y su satisfacción de la misma es que es posible el poder acceder a los resultados y plantear recomendaciones adecuadas.

El trabajo tiene un capítulo único para la presentación de los resultados.



CAPITULO ÚNICO

RESULTADOS



1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

TABLA N°1
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ASIGNADA AL
ESTABLECIMIENTO POR SEXO Y GRUPO ETAREO**

Edad/Sexo	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 - 14^a	4856	13.0879	4847	13.0636	9703	26.15
15 – 34^a	7180	19.3515	7215	19.4459	14395	38.80
35 – 54^a	4361	11.7538	4305	11.6028	8666	23.36
55 – 79^a	1905	5.1344	2142	5.7731	4047	10.9
80 a +	146	0.3935	146	0.3935	292	0.79
TOTAL	18448	49.7211	18655	50.2789	37103	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla muestra que el Centro de Salud Chacarilla de Otero cuenta con una población de 37,103 pacientes, de los cuales el 49.7% son varones y el 50,2% son mujeres. Predomina la población entre 15 y 34 años de edad, y hay un bajo porcentaje, 0.79% de pacientes mayores de 80 años.

TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETAREO

GRUPO ETAREO	Fr.	%
< = 20 AÑOS	36	12.00
21 A 30 AÑOS	104	34.60
31 A 40 AÑOS	94	31.40
41 A 50 AÑOS	36	12.00
51 A 59 AÑOS	24	8.00
> = 61 AÑOS	6	2.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

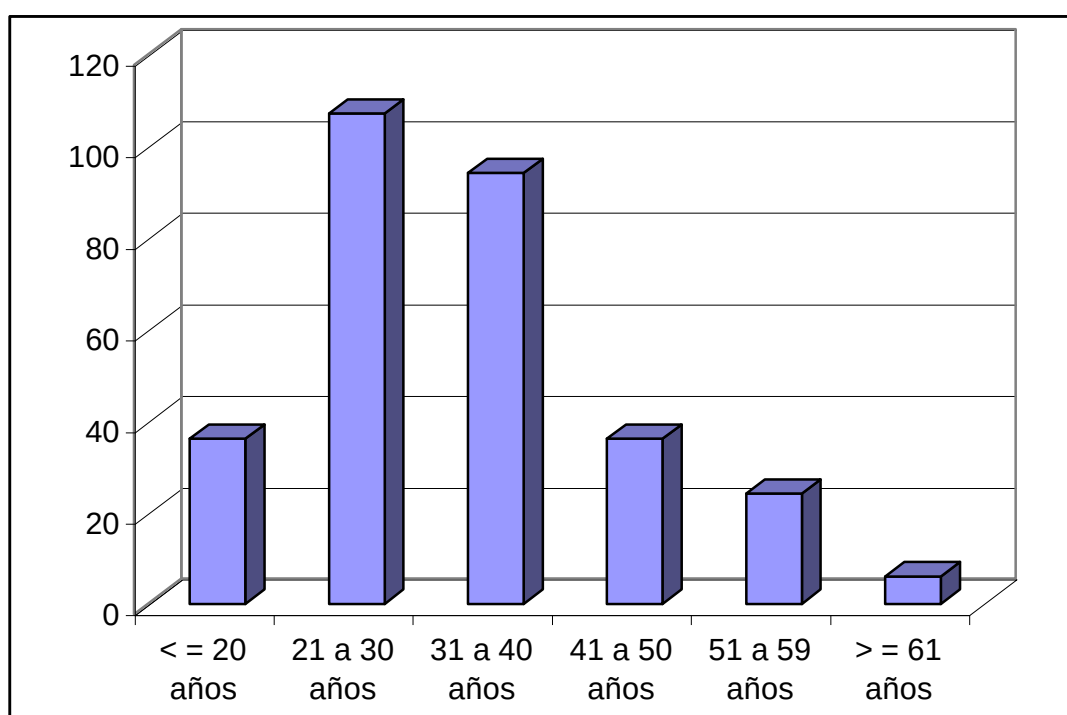
En la Tabla N°2, podemos observar que el 66% de la población de estudio tienen edades entre 21 y 40 años; el 12% tiene menor e igual a 20 años, y un 2%; por encima de los 60 años. Se observa que hay un menor porcentaje de pacientes adultos mayores.

Considerando el factor edad en el presente estudio de investigación, nos permite precisar con claridad y seguridad la opinión vertida como producto del servicio de salud recibido en el Centro de Salud Chacarrilla de Otero.

El grupo de pacientes comprendidos en el rango de edad de 20 a 50 años son la muestra de lo afirmado anteriormente.

GRAFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE
ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETAREO



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 3
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

SEXO	Fr.	%
MASCULINO	73	24.00
FEMENINO	227	76.00
TOTAL	300	100.00

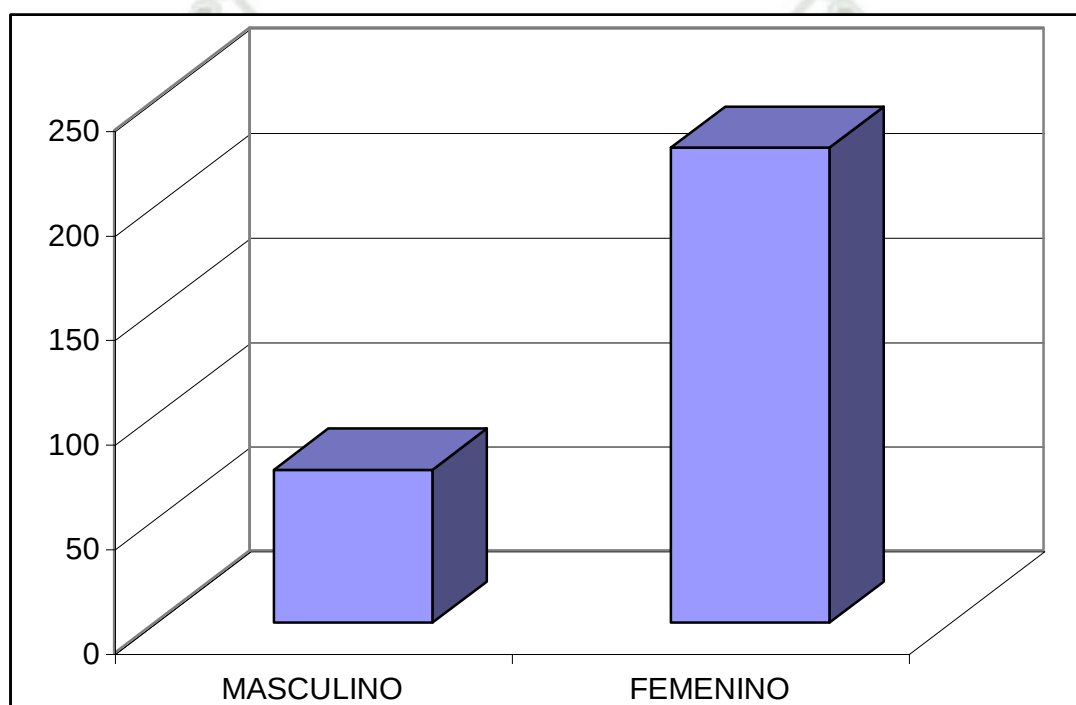
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 76% de la población; es de sexo femenino y un 24%; es de sexo masculino.

Este 76%, que viene a ser las dos terceras partes de la población sujetas de estudios, está determinado también porque los médicos del centro de salud realizan la atención de ginecología y planificación familiar, lo que aumenta la afluencia de pacientes de sexo femenino.

GRAFICO N° 2

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE
ESTUDIO SEGÚN SEXO



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 4

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN
DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	Fr.	%
CASADO	101	34.00
SOLTERO	104	35.00
CONVIVIENTE	89	29.00
VIUDO	6	2.00
TOTAL	300	100.00

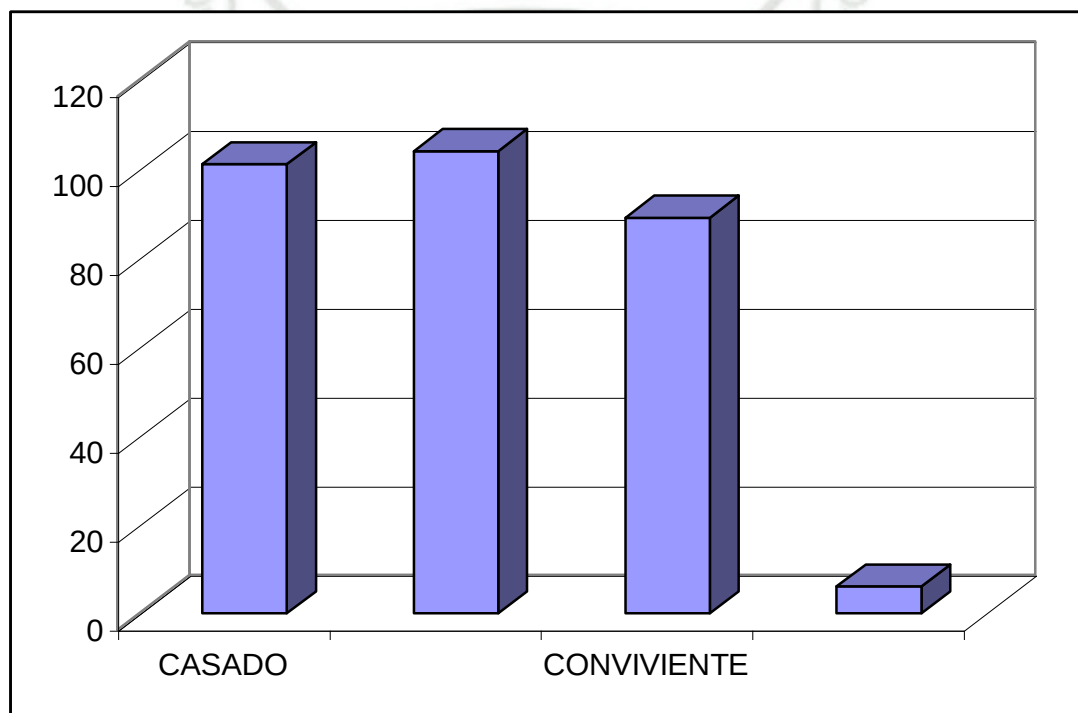
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 35% son solteros; el 34% es casado y un 29%; son convivientes.

Analizando los resultados se tiene que, en un 63% acumulado, los pacientes investigados tienen pareja, hecho que les favorece en el proceso de atención de salud, en lo que a apoyo familiar directo se refiere.

GRAFICO N° 3

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE
ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 5
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA	Fr.	%
LIMA	18	6.00
RIMAC	13	5.00
SAN JUAN DE LURIGANCHO	255	85.00
EL AGUSTINO	7	2.00
OTROS (SAN MARTÍN, COMAS, ETC.)	7	2.00
TOTAL	300	100.00

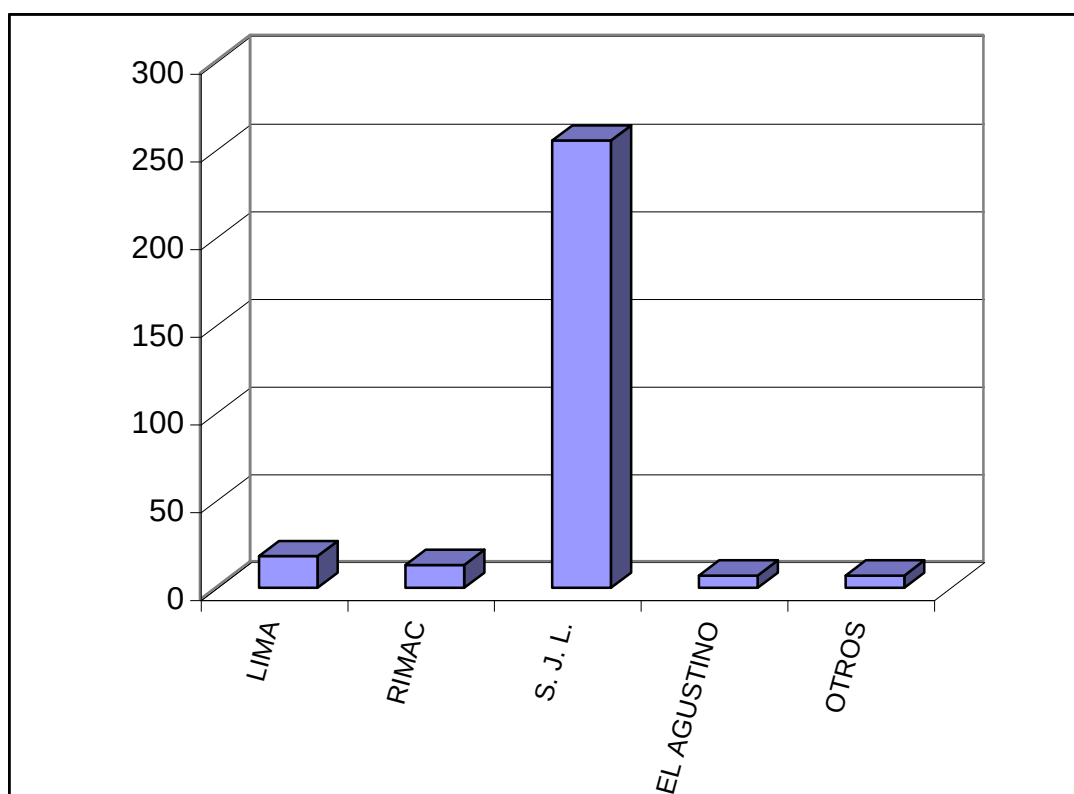
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

En la presente Tabla se observa que el 85% de la población vive en San Juan de Lurigancho y el 15% el cercado de Lima.

Estos resultados; muestran un aporte interesante, pues en un 15% acuden hasta el establecimiento pacientes de distritos aledaños, lo que nos traduce que son pacientes que están satisfechos con el servicio, pues para el presente trabajo se tomaron en cuenta pacientes con tres consultas anteriores al establecimiento.

GRAFICO N° 4

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 6

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA**

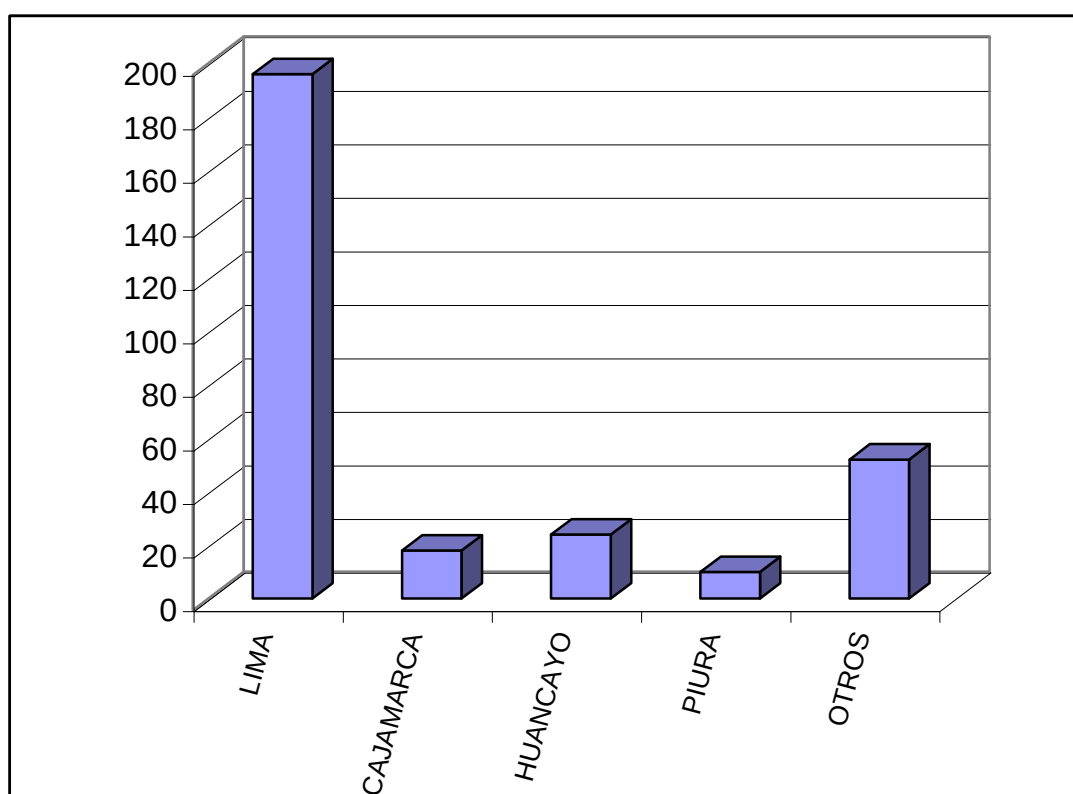
LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr.	%
LIMA	196	65.00
CAJAMARCA	18	6.00
HUANCAYO	24	8.00
PIURA	10	3.00
OTROS (HUARAZ, HUANUCO, ETC.)	52	18.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

En la Tabla N°6 se observa que el 65% de la población procede de Lima y en menor porcentaje de zonas de sierra, como Cajamarca, Huancayo, Huaraz, etc.

Como en la anterior Tabla, el hecho de que los pacientes procedan de la capital, también favorece el proceso de atención, en el sentido de que presentan un patrón cultural conocido.

GRAFICO N° 5
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 7

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

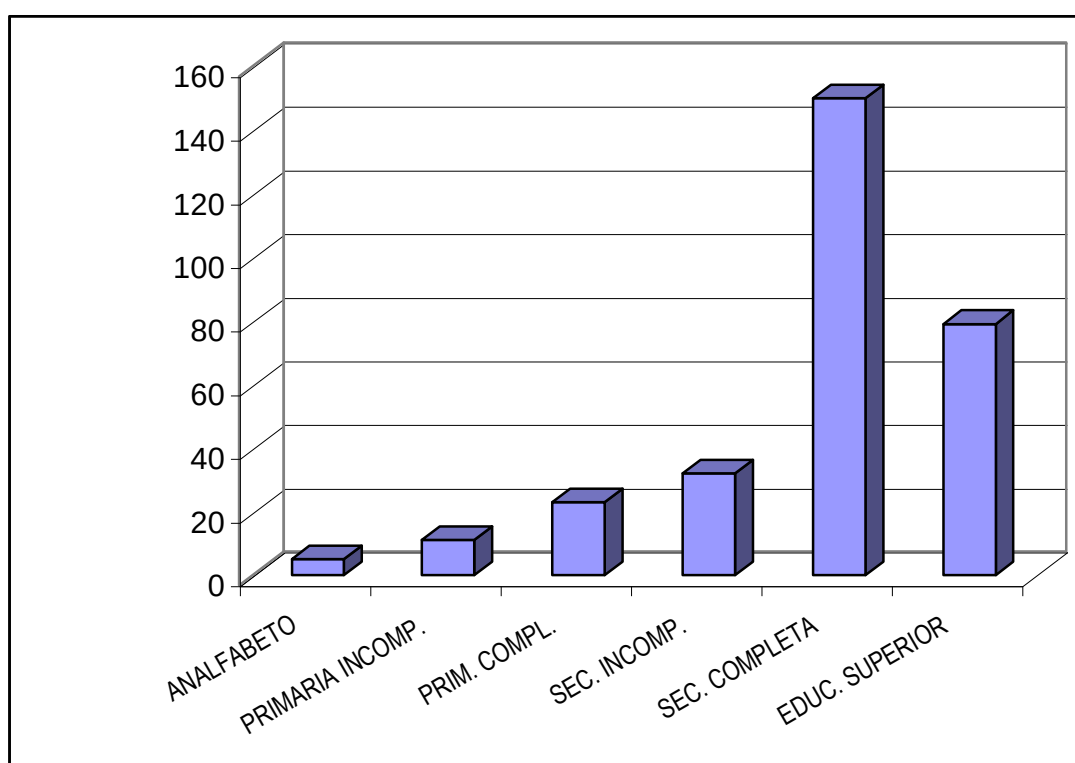
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Fr.	%
ANALFABETO	5	2.00
PRIMARIA INCOMPLETA	11	4.00
PRIMARIA COMPLETA	23	8.00
SECUNDARIA INCOMPLETA	32	10.00
SECUNDARIA COMPLETA	150	50.00
EDUCACIÓN SUPERIOR	79	26.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

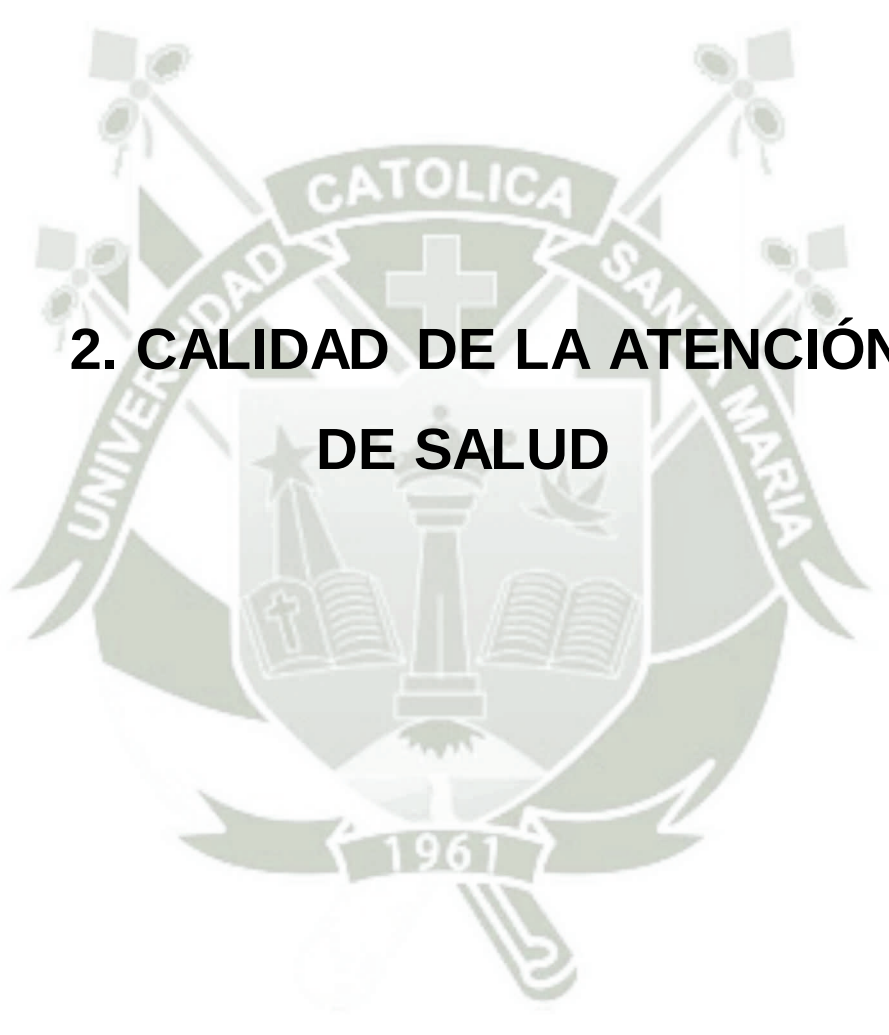
Esta Tabla es interesante, pues permite ver que según grado de instrucción, el 50% tiene secundaria completa y el 25% educación superior, lo que nos permite precisar que la población en estudio tiene un nivel educativo bueno que les facilita la observación y apreciación del servicio de salud recibido.

GRAFICO N° 6

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.



2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

TABLA N° 8

**DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DEL
ESTABLECIMIENTO EN NIVEL OPERATIVO**

PROFESIONAL	N°	%
MÉDICOS	06	60.00
ENFERMERAS	02	20.00
OBSTETRIZ	01	10.00
ODONTÓLOGO	01	10.00
TOTAL	10	100.00%

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente tabla nos permite observar que el 60% de los profesionales del Centro de Salud Chacarrila de Otero son médicos, el 20% enfermeras, el 10% son obstetrices y el 10% son odontólogos.

La disponibilidad de personal profesional en el Centro de Salud Chacarrila de Otero, en relación a la población asignada, que es de 37,103 habitantes, es insuficiente, ya que por médico le corresponde aproximadamente 6,183 pacientes.

Esa relación no permite una adecuada y eficaz atención de salud a la población.

TABLA N° 9

**ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD
SEGÚN HORARIOS DE ATENCIÓN**

TURNO	N° PACIENTES ATENDIDOS	%
MAÑANA	1627	84.61
TARDE	297	15.39
TOTAL	1923	100

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La tabla N°9 nos permite observar que existe un 84.61% de pacientes atendidos en el turno de la mañana durante un mes, hay mayor demanda de pacientes en este turno dado que se cuenta con cinco médicos, una obstetriz y un odontólogo; mientras que en el turno tarde hay un 15.39% debido a que sólo atiende un médico, esto no permite tener la posibilidad de captar mayor cantidad de pacientes, por la poca oferta de servicios lo que desfavorece en la calidad de los servicios.

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA
SEGÚN ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA	Fr.	%
COSTOS ACCESIBLES	131	44.00
COSTOS ELEVADOS	114	38.00
COSTOS DIFÍCILMENTE ACCESIBLES	55	18.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 44% opina que el centro de salud tiene costos que son accesibles al paciente; sin embargo, un 38% opina que los costos son elevados y un 18% opina que son difícilmente accesibles.

En atención a los costos que demanda la atención de salud, la población investigada en más de la mitad, refiere o que son elevados los costos y que son inaccesibles esto genera el alejamiento de los pacientes para el control de su salud como el seguimiento post tratamiento.

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA
SEGÚN ACCESIBILIDAD CULTURAL

SEGÚN ACCESO CULTURAL	Fr.	%
EL CENTRO CONOCE Y ACEPTA MIS TRADICIONES EN SALUD EN LA ATENCIÓN	70	23.33
EL CENTRO CONOCE PERO NO ACEPTA MIS TRADICIONES EN SALUD EN LA ATENCIÓN	79	26.33
EL CENTRO NO CONOCE PERO ME ACEPTA MIS TRADICIONES EN SALUD EN LA ATENCIÓN	82	27.33
EL CENTRO NO CONOCE Y NO ACEPTA MIS TRADICIONES EN SALUD EN LA ATENCIÓN	60	20.00
NO SABE NO OPINA	9	3.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 23.33% opina que el Centro de Salud conoce y acepta sus tradiciones sobre salud; sin embargo un 26.33% opina que los profesionales de salud conocen sus tradiciones pero no las aceptan y un alarmante 20% opina que no se conocen ni se aceptan sus tradiciones con respecto a la salud. Esto es grave ya que para que haya acceso cultural deberá respetarse la cultura de los pueblos además que esto genera el acercamiento del paciente para poder educarlo en salud.

TABLA N° 12
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA: HORARIO DE ATENCIÓN**

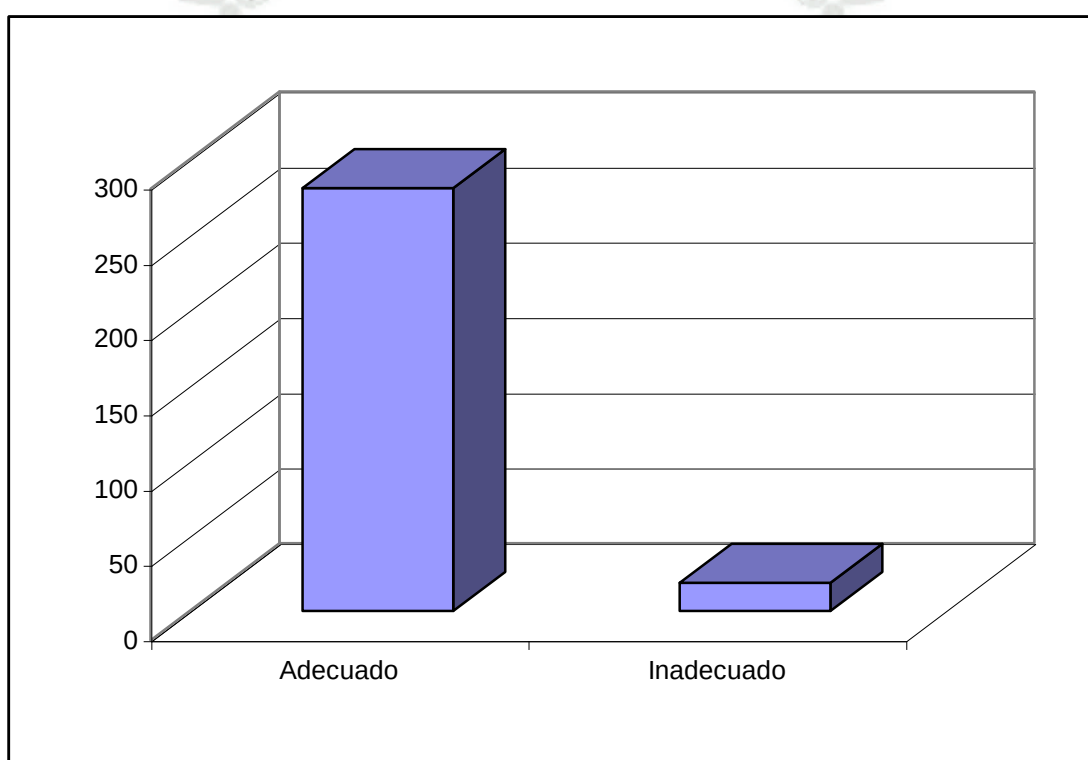
HORARIO DE ATENCIÓN	Fr.	%
ADECUADO	281	94.00
INADECUADO	19	6.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente tabla nos permite observar que el 94% opina que si es adecuado el horario de atención que presta el Centro de Salud, lo que mejora su accesibilidad, ya que es un horario que presenta características de continuidad, lo que facilita a los pacientes a optar por una elección que se acomode a las actividades diarias de la población.

GRAFICO N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA: HORARIO DE ATENCIÓN**



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA
SEGÚN ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	Fr.	%
ACCESIBLE PARA USTED	195	65.00
DISTANCIAS LARGAS	55	18.33
MUY DISTANTE	15	5.00
NO SABE NO OPINA	35	11.67
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 65% opina que el centro de salud es accesible por su ubicación, un 18.33 opina que las distancias son muy largas para acceder a él, mientras que un 5.0% opina que el Centro de Salud es inaccesible para los pacientes debido a su ubicación.

Hay un marcado sector de la población, que bordea la cuarta parte, que tiene dificultades para llegar al centro de salud, esto constituye un factor negativo para la afluencia de pacientes y la conservación de la salud de la población del Centro de Salud Chacarilla de Otero.

TABLA N° 14
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE CREDIBILIDAD DEL PERSONAL**

CREDIBILIDAD	Fr.	%
SI	189	63.00
NO	100	33.00
NO OPINA	11	4.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 63% indica que le cree al personal del Establecimiento y un 33% indica que no le transmite credibilidad, se explica esta situación posiblemente generada por la actitud del personal, que durante la atención muestra indiferencia, apatía y falta de comunicación.

TABLA N° 15
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE SEGURIDAD QUE LES INSPIRA EL PERSONAL**

SEGURIDAD	Fr.	%
SI	275	92.00
NO	12	4.00
NO OPINA	13	4.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 92% de los pacientes opina que si les inspira seguridad el personal de salud del establecimiento a la hora de la atención médica. Un minoritario 4% indicó lo contrario.

Esta Seguridad estaría demostrada por la calidad profesional recibida en cuanto al diagnóstico médico y tratamiento acertados.

TABLA N° 16

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE LA PROFESIONALIDAD EN EL
MOMENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

PROFESIONALIDAD	Fr.	%
SI	255	85.00
NO	12	4.00
NO SABE NO OPINA	33	11.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 85% de los pacientes opina que el personal de salud actuó con profesionalidad en el momento que acudió al Centro de Salud, situación que se explica por la calidad del profesional asignado al Centro de Salud.

TABLA N° 17

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DIMENSIÓN
DE CONFIABILIDAD DEL PERSONAL DE SALUD Y LA ATENCIÓN
DE SALUD QUE BRINDA**

CONFIABILIDAD	Fr.	%
SI	270	90.00
NO	17	6.00
NO SABE / NO OPINA	13	4.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 90% opina que el personal del Centro de Salud es confiable. Sólo un 6% indicó que no son confiables.

Este 90% de confiabilidad mostrada por los pacientes resulta un factor favorable para la calidad de la atención.

TABLA N° 18

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE PRIVACIDAD EN LA EVALUACIÓN MÉDICA**

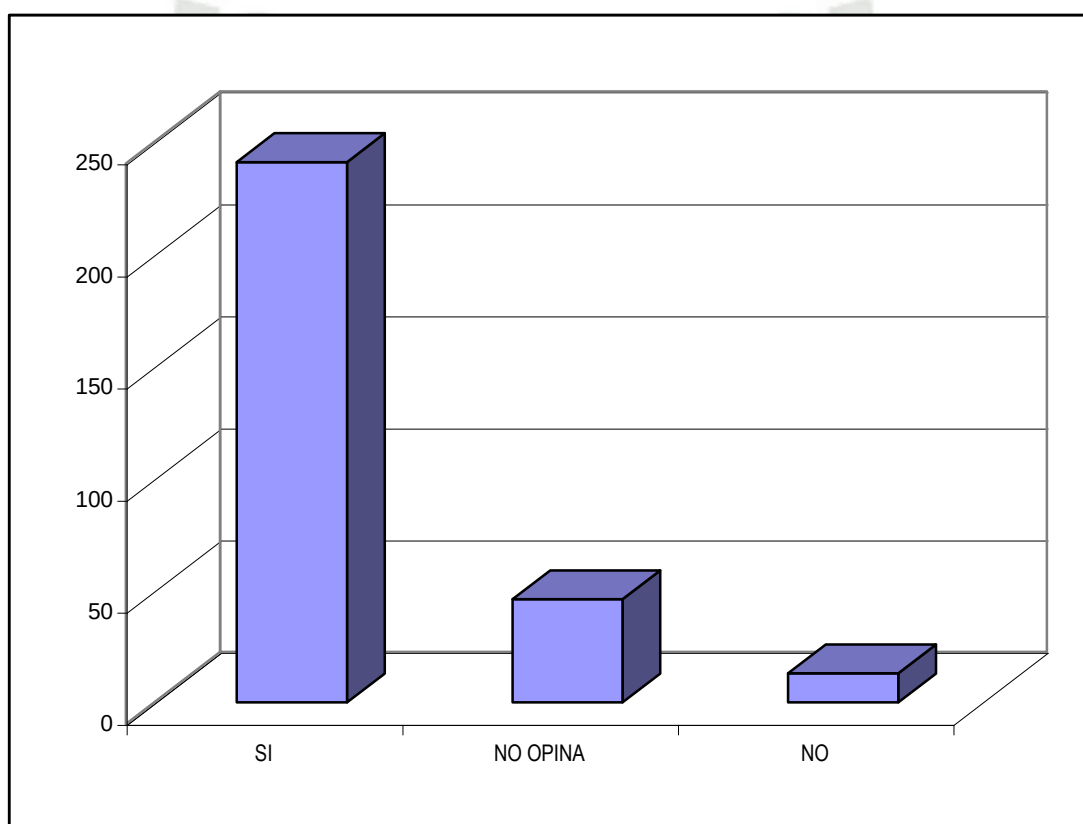
PRIVACIDAD	Fr.	%
SI	241	80.00
NO	13	5.00
NO OPINA	46	15.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 80% indica que se respetó la privacidad que es un factor indispensable en la atención de salud así como un derecho del paciente; un 15% no opina y un 5% opina que no se respetó.

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE PRIVACIDAD EN LA EVALUACIÓN MÉDICA



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 19

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN EN FORMA CLARA
DURANTE LA CONSULTA**

COMUNICACIÓN	Fr.	%
SI	189	63.00
NO	100	33.00
NO OPINA	11	4.00
TOTAL	300	100.00

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 63% indica que la comunicación durante la consulta fue en forma clara y un 33% que la comunicación no fue clara.

Estos porcentajes son alarmantes y demandan de corrección de la comunicación en forma clara pues se muestra que es posible que se utilicen términos que el paciente no entiende.

TABLA N° 20

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DIMENSIÓN
DE ELEMENTOS TANGIBLES: LIMPIEZA DEL ESTABLECIMIENTO**

LIMPIEZA	Fr.	%
LIMPIO COMPLETAMENTE	131	44.00
NO ESTA LIMPIO	55	18.00
NO OPINA	114	38.00
TOTAL	300	100.00

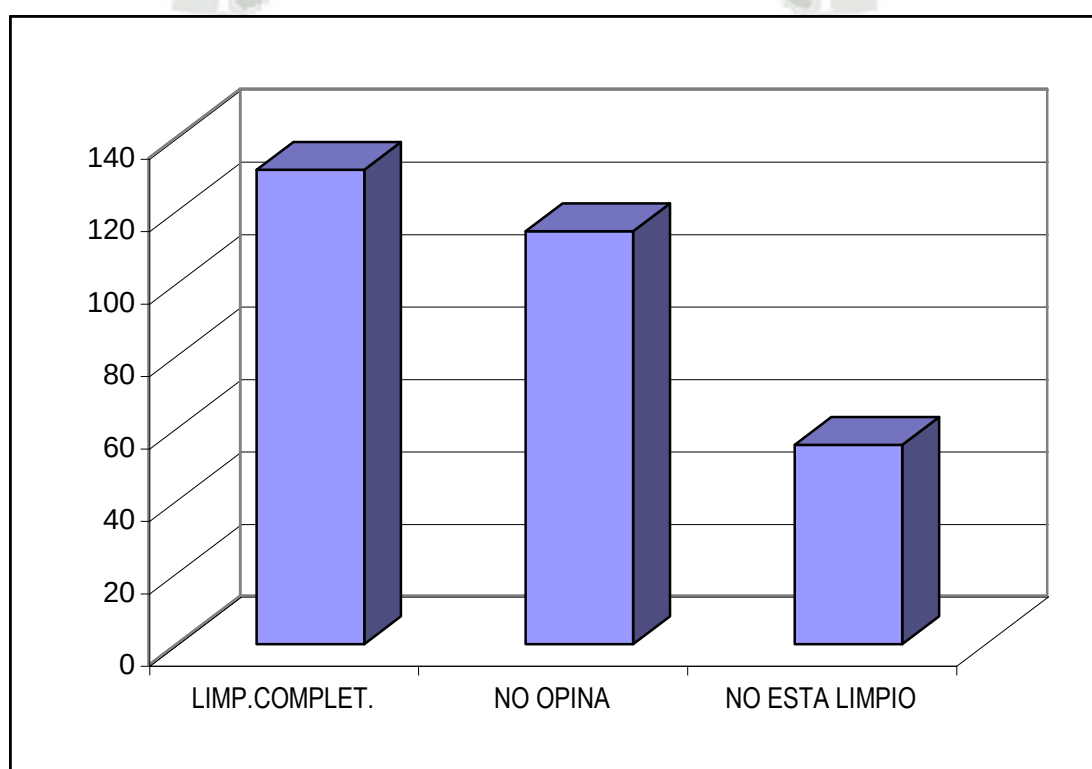
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 44% opina que el centro de salud está completamente limpio, el 38% no sabe precisar si esta limpio y el 18% opina que no está limpio.

Más de la mitad de pacientes investigados refieren incumplimiento de una de las normas de asepsia, que es la limpieza. Hecho que favorece la posibilidad de aumentar el riesgo de complicaciones infectocontagiosas.

GRAFICO N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DIMENSIÓN
ELEMENTOS TANGIBLES: LIMPIEZA DEL ESTABLECIMIENTO**



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 21

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE COMODIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

COMODIDAD	Fr.	%
CÓMODOS	119	39.00
PARCIALMENTE CÓMODOS	26	9.00
INCÓMODOS	155	52.00
TOTAL	300	100.00

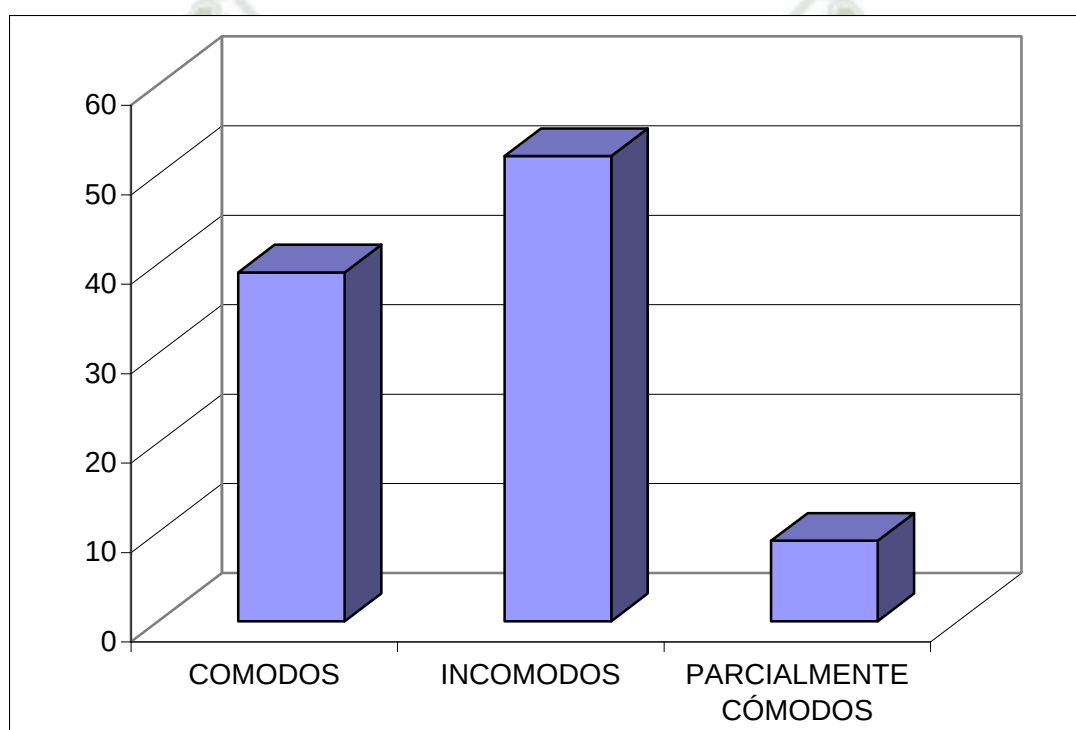
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 39% opina que los ambientes son cómodos, un 52% que son parcialmente cómodos y solo 9% que son incómodos.

Al igual que los resultados de la tabla anterior, porcentualmente más de la mitad de la población investigada, tiene una opinión desfavorable del Centro de Salud que influye en forma determinante en su imagen, ya que la falta de comodidad atenta el bienestar personal.

GRAFICO N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DIMENSIÓN
DE COMODIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

TABLA N° 22

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE COMPRENSIÓN CLARA DE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

COMPRENSIÓN	Fr.	%
SI	62	31.00
NO	172	57.00
NO OPINA	36	12.00
TOTAL	300	100.00

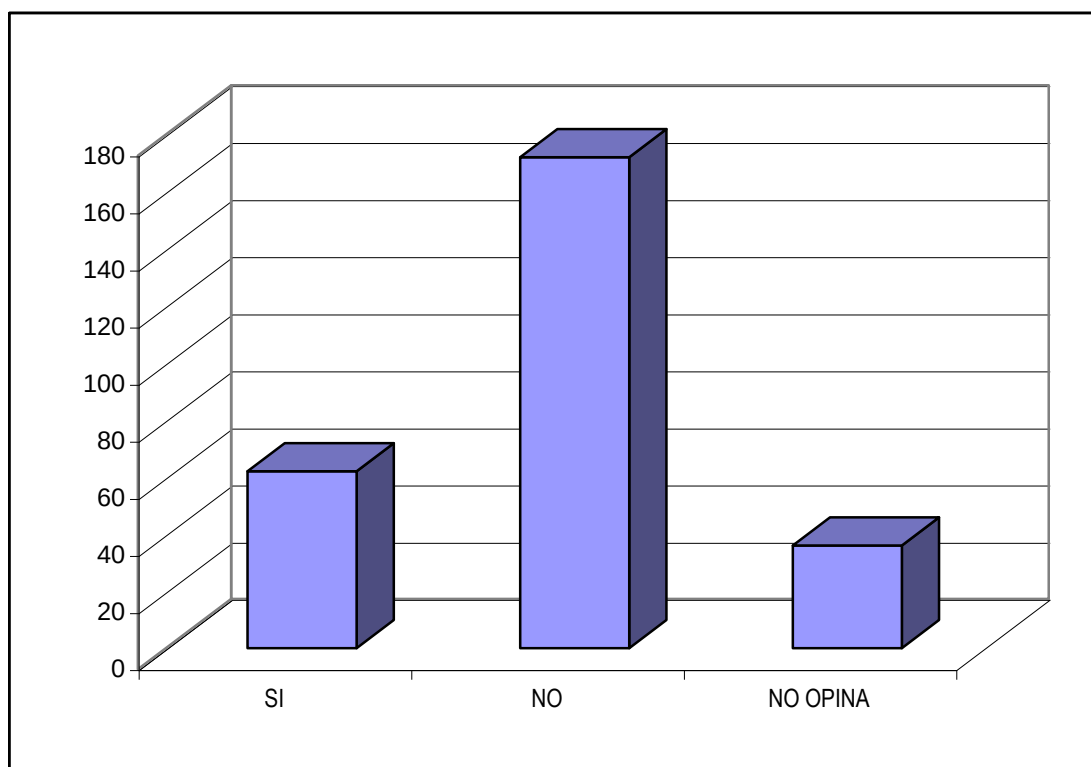
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que el 57% indica que no comprendió en forma clara el diagnóstico y tratamiento indicado, situación que se genera por la rapidez de la atención, un 31% indica que si comprendió en forma clara lo que le explicó el personal de salud.

Estos porcentajes son alarmantes y demandan de corrección de la comunicación; mediante la implementación de ciclos de capacitación al personal. De no ser así, se coloca en riesgo la continuidad del tratamiento indicado.

GRAFICO N° 11

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DIMENSIÓN
DE COMPRENSIÓN CLARA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

3. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN



TABLA N° 23

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA**

SATISFACCIÓN	Fr.	%
SI	219	73
NO	5	2
NO OPINA	76	25
TOTAL	300	100

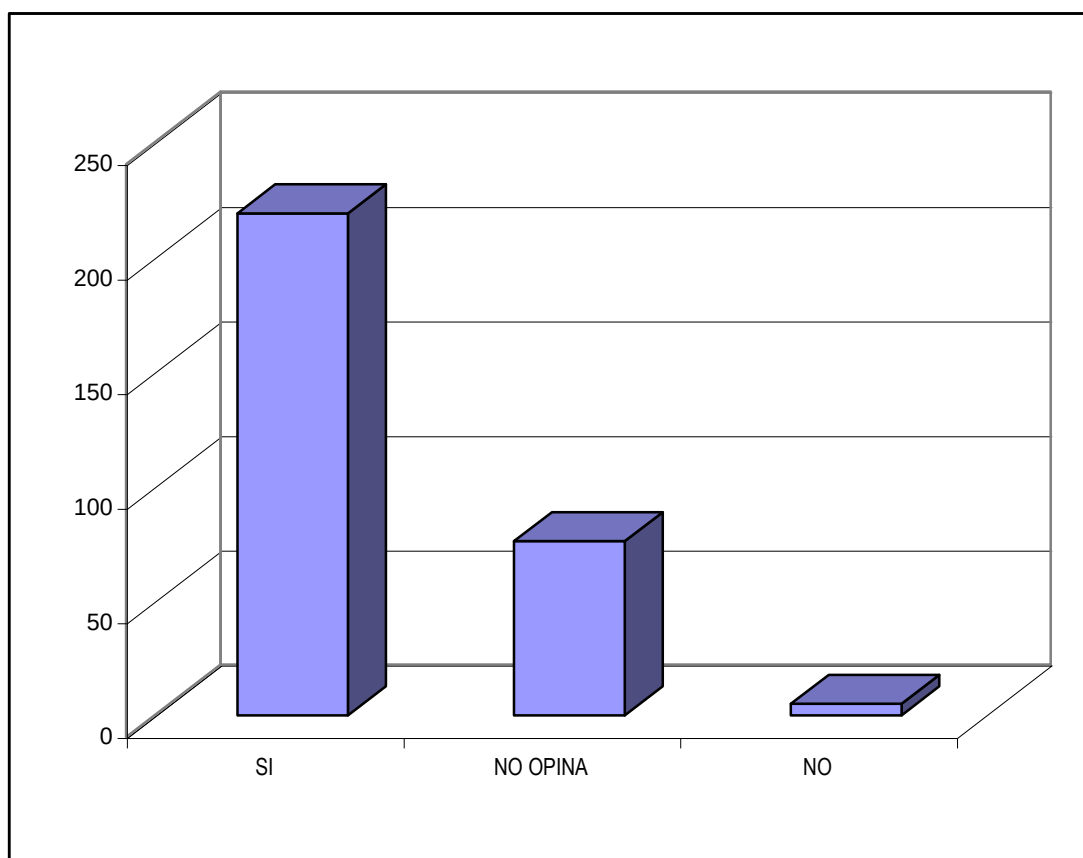
Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente tabla nos permite observar que el 73% opina que está satisfecho con la atención médica, el 25% no opina y el 2% no está satisfecho con la atención médica.

Pese a las opiniones vertidas por los pacientes en cuanto a calidad, porcentualmente los pacientes en sus dos terceras partes manifiestan estar satisfechos por atención recibida.

GRAFICO N° 12

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA**



Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.



4. REPERCUSIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

TABLA N° 24

REPERCUSIÓN DE LA CALIDAD EN LA SATISFACCIÓN

RESPUESTA	CALIDAD	SATISFACCIÓN	TOTAL
SI	76 (87)	98 (87)	174.00
NO	24 (3)	2 (13)	26.00
TOTAL	100	100	200.00

$$x^2 = 21.798$$

Fuente: Encuesta aplicada por el Investigador. Lima 2005.

La presente Tabla nos permite observar que la información estadísticamente obtenida muestra que no existe un adecuado nivel de satisfacción debido principalmente a que la calidad de atención repercute desfavorablemente en la misma. Aplicando la prueba del chi cuadrado encontramos que la calidad de atención repercute desfavorablemente en la satisfacción del paciente a diferencia de los resultados porcentuales.

DISCUSIÓN

La presente investigación evalúa la repercusión de la calidad en la satisfacción del usuario que acudió al Centro de Salud Chacarilla de Otero en la Ciudad de Lima, para atenderse de algún problema de salud.

Lo obtenido mediante la encuesta aplicada es una opinión acotada por los pacientes o usuarios del servicio, la cual fue captada inmediatamente después de la recepción del servicio, lo cual permitió captar la impresión más cercana de la experiencia vivida en ese momento.

Los profesionales de la salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población. Por ello, es responsabilidad de los establecimientos de salud establecer estrategias que permitan la evaluación continua de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica a los usuarios, ya que el usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, la cual es proporcionada por personas que pueden emplear la misma aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claro y conveniente.

De los resultados obtenidos podemos realizar aproximación de las características generales y sociodemográficas de la población estudiada, así el 66% de la población tiene edades entre 21 y 40 años, el 12% 20 años y sólo un 2% por encima de los 60 años. El 76% de la población son de sexo femenino y un solo 24% de sexo masculino. El estado civil predominante fue solteros y convivientes, solo el 34% eran casados. El 85% de la población

vive en San Juan de Lurigancho, el 13% de Lima, Rimac y El Agustino respectivamente. Se encontró así mismo que más de la mitad de los usuarios 65%, procedían de Lima y en 8% de Huancayo, 6% de Cajamarca, y un 3% de Piura, etc. Por último el 50% de la población tiene grado de instrucción completa, el 25% educación superior y solo el 2% son analfabetos. Esto representa un dato de importancia tal como lo refiere Abril Valdez (1) en su trabajo acerca de satisfacción del usuario quien observó que a mayor edad había mayor probabilidad de que el usuario afirmara sentirse más satisfecho con los servicios recibidos. Las personas de la tercera edad, con menores niveles de escolaridad y mayor antigüedad en el servicio, asumían que el servicio era bueno en tanto que era su mejor opción para atender los problemas de salud. Asimismo, el grado de instrucción mostró tanto en hombres como mujeres independientemente de la edad, que quienes tenían menos años de estudios reportaban estar más satisfechos con la calidad del servicio recibido. Lo cual aplicado al presente trabajo de investigación reduce el sesgo dado que la población en estudio, fueron pacientes mayores de 18 años, con población menor de 70 años, no hispano hablantes.

En cuanto a estructura se observa que el 44% de la población opina que el centro de salud tiene costos que son accesibles al paciente, el 38% que son elevados, y un 18% opina que son tan elevados que son inaccesibles, esto genera malestar en los usuarios, comprometiendo la calidad de atención del establecimiento y ocasionando el alejamiento de los pacientes de la institución. Han sido demostrados en múltiples estudios realizados por Donabedian (13,14,15) y Cruz Piqueras (11) que, mejorar los servicios no necesariamente es costoso y que por el contrario puede redundar en beneficios económicos institucionales y de aumento y satisfacción de la demanda.

Un 23.33% opina que el Centro de Salud conoce y acepta sus tradiciones sobre salud de los pacientes, sin embargo un 26.33% opina que los profesionales de salud conocen sus tradiciones pero no las aceptan, un 27.33% opina que el centro no conoce pero acepta sus tradiciones, y un 20% opina que no se conoce ni se acepta sus tradiciones con respecto a la salud. En este aspecto resulta conveniente observar que el hecho de no conocer ni aceptar las tradiciones de los pacientes dificulta el intercambio cultural con los mismos y la posibilidad de ganar su confianza para mostrarles los beneficios de la medicina. Este punto resulta trascendental tal como lo demuestra el Dr. Dueñas Araque (16) en su estudio acerca de las dimensiones de la calidad quien afirma que los servicios de salud deben ser enfocados a los pacientes y por lo tanto el sistema de atención en salud debe respetar sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención individualidad, la información y el respeto por las tradiciones de las poblaciones atendidas. Los valores culturales, etnia, valores sociales hacen de cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones, lo cual lo llevarán a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud (16).

El 94% opinó que si es adecuado el horario de atención que presta el Centro de Salud, lo que mejora su accesibilidad. Esto va de acuerdo con las dimensiones de la calidad en los servicios de salud dados en Colombia, (16) donde se remarca que el objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano y circunstancias propia de cada momento, de la disponibilidad y necesidad del servicio del paciente en el momento que acceda a él.

En cuanto a su accesibilidad geográfica de acuerdo a su ubicación, el 65% opina que el centro de salud es accesible por su ubicación, un 18.33 opina que las distancias son muy largas para acceder a el, mientras que un 5.0% opina que el Centro de Salud es inaccesible para los pacientes debido a su ubicación. Esto guarda relación con los resultados obtenidos por Cruz Piqueras (11) que toma como referente a Donabedian (13,14,15) donde agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio susceptibles de generar satisfacción; y considera al componente del entorno y la proximidad de los servicios prestadores de atención en salud, tomando como punto importante la proximidad de estos a las comunidades asignadas. Considerando las expectativas del usuario y del personal de salud, a través de instrumentos de valoración que permitan establecer un diagnóstico situacional que facilite la identificación de los problemas o las deficiencias del mismo. (3,5,6,8)

En cuanto a credibilidad los resultados muestran que el 63% de la población indica que le cree al personal de salud y un 33% que no le brindó credibilidad. Estos resultados muestran que no existe credibilidad en un porcentaje significativo lo que va en desmedro de la calidad de atención de salud. En otros estudios realizados en México por Elba Abril Valdez(1) y en Cuba por Martha Chang de la Rosa (7) indican que la credibilidad en el, personal de salud por parte del usuario mejora la calidad.

El 92% de los pacientes encuestados opina que si les inspira seguridad el personal de salud del establecimiento a la hora de la atención médica. Un minoritario 4% indicó lo contrario. Estos resultados concuerdan con lo sugerido por el trabajo de investigación realizado en Colombia por el Dr. Dueñas Araque (16) "dimensiones de una atención de calidad" quien define que la seguridad es un requisito importante que determinaría una atención de calidad.

El 85% de los pacientes entrevistados opina que el personal de salud actuó con profesionalidad en el momento que acudió al Centro de Salud. De igual manera, Lázaro P.(22) y otros (1994) en su investigación: Rol del personal de salud, desde el punto de vista del usuario, realizado por los diplomados de la Escuela Universitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, España, cuyo objetivo fue identificar que características valora más el usuario. Al analizar los datos, se puso de manifiesto que la amabilidad (38.6 %) y la paciencia (21.6 %) son las cualidades que más valora el usuario, seguidas de la eficacia (16.7%) y la profesionalidad (16%).

Un 92% de pacientes también opina que el personal del Centro de Salud es confiable. Sólo un 6% indicó que no son confiables.

Se observa que el 80% de la población indica que se respeta la privacidad en forma completa, un 15% no opina y un 5% no se respeta. Lo cual se encuentra dentro de los estándares de calidad de atención, según el Dr. Avedis Donabedian (13,14,15) ya que considera como una condición indispensable, el respeto por la intimidad del paciente así como de sus males, sus valores y principios personales, sus creencias, etnia, valores sociales, lo cual va a ser un potente condicionante de las situaciones y formas de respuesta ante su proceso de salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener, necesidades y expectativas distintas al momento de recibir la atención médica.

Se muestra en los resultados que el 63% de la población opina que la comunicación durante la consulta fue adecuada, y un alarmante 33% opina que la comunicación no se dio de una manera clara. Es importante resaltar en este punto que según las Instituciones de salud de Hidalgo, México(10,28), la comunicación adecuada del médico con el paciente no es de entera responsabilidad del médico, ya que sería el resultado de la

disposición del paciente a realizar una retroalimentación de la información recibida. La Comunicación se completa cuando el emisor da la retroalimentación al receptor cerrando así el circuito comunicacional, aunque no hay ninguna garantía de que el receptor, entienda exactamente lo que el emisor quiere expresar(10,28). Señalando como clave de la comunicación el uso de palabras sencillas.

Los resultados obtenidos en cuanto a la limpieza del centro de salud son el 44% de la población opina que el centro de salud esta completamente limpio, el 38% no opina y el 18% opina que no está limpio. Esto genera la incomodidad de los pacientes usuarios así como podría ser un foco para diseminar enfermedades infecto contagiosas.

Se observa que el 39% de la población opina que los ambientes son cómodos, un 52% que son incómodos, y un 9% que no opina. En cuanto al confort evaluado en un estudio, "Satisfacción de los pacientes con la atención médica", realizado por Martha Chang de la Rosa en Cuba (7), hay que destacar que la comodidad influye en la calidad de la atención médica con independencia de que históricamente los pacientes han detectado la necesidad del mejoramiento de las condiciones higiénicas y de ambientación de las unidades.

En cuanto a la comprensión clara del diagnóstico y tratamiento: el 57% de la población indica que no entendió de manera clara su diagnóstico y tratamiento, situación que afectaría la comunicación y mejoría del paciente así como su satisfacción y un 31% indica que comprendieron al profesional de salud .

En lo referente a satisfacción encontramos que el 73 % de los pacientes consideran que están satisfechos con la atención recibida, un 25 % no opina y un 2% la considera no satisfactoria.

Lo anteriormente señalado tiene correspondencia con lo expresado por Lázaro P. (22) y otros, quienes identificaron las características del personal de salud que valora más el usuario. Al analizar los datos, se puso de manifiesto que la amabilidad y la paciencia son las cualidades más apreciadas en el personal de salud y su profesionalismo. También esto permite destacar la forma de cómo se valoró la calidad, la cual Huber (19) (1999) refiere que se puede describir como consistente en dos partes interdependientes: calidad de hecho y calidad en percepción. La calidad de hecho es conforme a los estándares y la satisfacción de las expectativas propias. La calidad en la percepción es satisfacer las expectativas del consumidor.

Por último aplicando el chi cuadrado encontramos que la prueba de hipótesis es altamente significativa, por tanto la calidad de atención repercute desfavorablemente en la satisfacción del paciente del Centro de Salud de Chacarrilla de Otero.

CONCLUSIONES

- Primera:** Existe calidad de atención de salud en el Centro de Salud Chacharilla de Otero, en las dimensiones de seguridad, profesionalidad, confiabilidad y privacidad, es parcial la calidad de atención en las dimensiones de credibilidad y comunicación; no se encuentra calidad en las dimensiones de limpieza, comodidad y comprensión del diagnóstico y tratamiento.
- Segunda:** Existe satisfacción en la mayor parte de los usuarios (73%), en tanto que un menor porcentaje (27%) expresa que no se siente satisfechos o se abstienen de opinar sobre este aspecto.
- Tercera:** La calidad de atención de salud repercute desfavorablemente y de manera altamente significativa en la satisfacción del paciente del Centro de Salud Chacharilla de Otero.
- Cuarta:** Las conclusiones anteriores permiten afirmar que la hipótesis del trabajo ha sido disprobada.

RECOMENDACIONES

- Primera:** Es necesario mejorar la calidad de atención de salud en el Centro de Salud Chacarilla de Otero; especialmente en las dimensiones de credibilidad, comunicación, comodidad y limpieza del establecimiento y comprensión del diagnóstico y tratamiento; con el propósito de brindar un servicio óptimo al paciente.
- Segunda:** Convocar a los Responsables de los Centros de Salud de la Red de Salud, San Juan de Lurigancho a una reunión informativa, en la que se presente y debata este trabajo, buscando el análisis del mismo para analizar las debilidades y se proceda a encontrar las propuestas para las mejoras en la atención de los usuarios.
- Tercera:** La Conformación de un Comité de Evaluación de Calidad del Centro de Salud Chacarilla de Otero, quienes periódicamente puedan evaluar y fortalecer las acciones en búsqueda de la optima calidad.
- Cuarta:** La Realización de un nuevo trabajo de investigación comparativo en el que se pueda medir el impacto post intervención de las propuestas establecidas.

PROPUESTA

TALLER DE DIALOGO Y BÚSQUEDA DE TEMAS PARA ACTUALIZAR AGENDAS POLÍTICAS QUE ENFRENTEN Y PROMUEVAN MEJORAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN

1. PRESENTACIÓN y JUSTIFICACIÓN

Calidad, es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. Esta implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio. Es también el conjunto de características que deben de tener los servicios para el proceso de atención a los usuarios .

La justificación de la presente propuesta se basa en que luego de la revisión de los principales resultados y conclusiones de la presente investigación, se propuso incluir en las agendas políticas intervenir con programas de información y de educación y con impacto, diseñados para los recursos humanos en salud, para poder lograr la atención del usuario en todos los niveles con calidad y respetando y adecuándose a algunas demandas culturales de población.

Incorporar a líderes de la comunidad, en el diálogo y búsqueda de temas para actualizar agendas políticas que enfrenten y promuevan mejoras en la calidad de atención de la población.

2. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

- Fomentar una cultura de calidad en todos los niveles de la institución.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proponer un sistema permanente participativo de vigilancia ciudadana de la calidad de atención del Centro de Salud de Chacarilla.
- Incorporar las demandas de la población referida a atención de salud.
- Identificación de necesidades de la población referidas a atención y calidad.

3. ORGANIZACIÓN

1. COBERTURA : Centro de Salud de Chacarilla de Otero. Lima
2. LUGAR : Centro de Salud de Chacarilla de Otero.
3. TIEMPO : Setiembre 2005 a Enero 2006.
4. ORGANIZACIÓN : Estará a cargo de un comité de expertos en calidad y en el cual se incluirá a representantes de la comunidad (madres del vaso de leche, comedores populares, colegios, Iglesia, sindicatos más representativos, brigadas de salud, municipio, etc.)
5. RESPONSABLE : Dr. Héctor Martín Delgado Mesías.
6. COSTO : 1000 nuevos soles.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABRIL VALDEZ ELBA y col. La satisfacción del usuario y prestador de servicio médico como un indicador de calidad. Centro de Investigación en Alimentación y desarrollo, AC. México.
2. ALBRECHT K. Servicio al Cliente Interno. Novagrafik, Barcelona, 1995
3. APARICIO CH., y Col. Algunos Factores asociados con calidad de atención en el OLAS Centro de Salud "Mariano Melgar" Arequipa. 2000.
4. BAZO L.M. CARRASQUERO M. Rincón G. Opinión de los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía del IAHULA. sobre la calidad de atención del personal de Enfermería. Agosto-Septiembre.1999. Universidad de Los Andes. Tesis de Pregrado no publicada. 1999.
5. CALIGIORE I. Factores que influyen en el cumplimiento de las actividades del personal de enfermería del área de Hospitalización de Medicina del H.U.L.A. Mérida. Universidad de Los Andes. Trabajo de ascenso no publicado. 1995.
6. CALIGORE CORRALES., y col. Satisfacción del usuario de un área de Hospitalización de un Hospital de Venezuela de tercer nivel. Mayo 2003.
7. CHANG DE LA ROSA, MARTHA, y col. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Revista Cubana, Medicina General Integral 1999; 15(5):541-7.
8. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ - CRV. Gestión y Gerencia de la Capacitación Científica. Texto de Estudios. Arequipa, 2002.

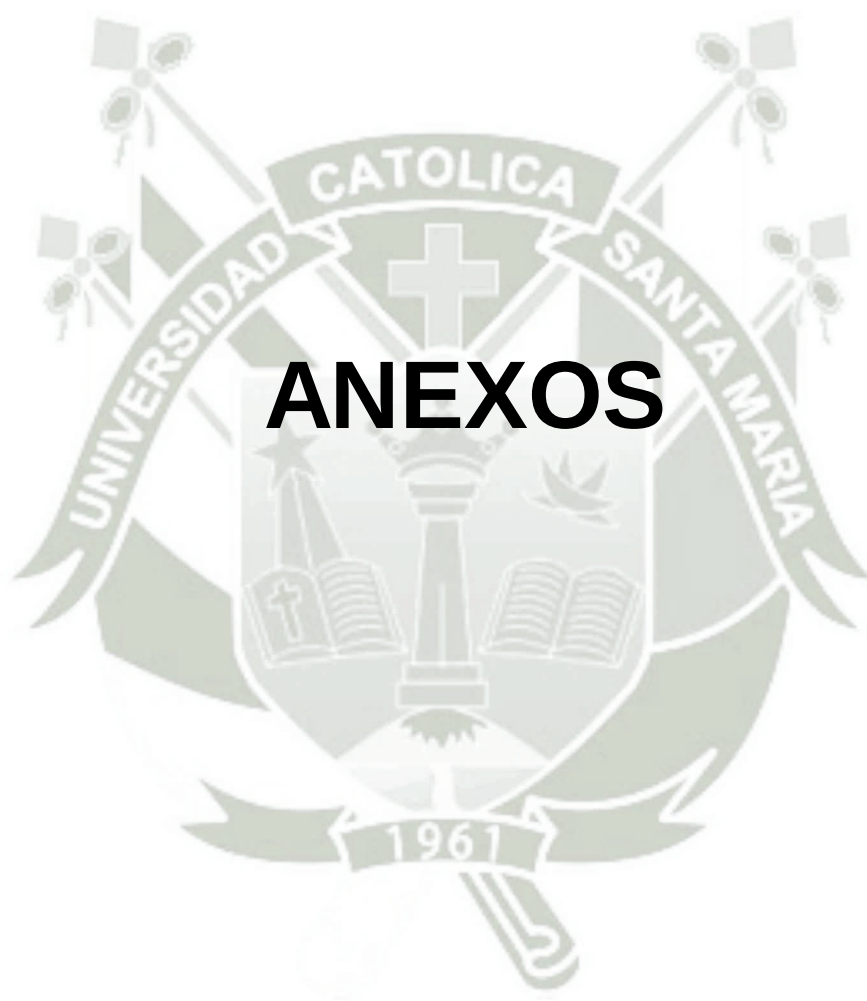
9. COMITÉ DE GARANTÍA DE CALIDAD. HNCASE. Organización del Sistema de Garantía de la Calidad de la Red Asistencial. Arequipa, 2001.
10. CONSULTA EXTERNA EN INSTITUCIONES DE SALUD DE HIDALGO, MÉXICO Comunicación con el paciente
11. CRUZ PIQUERAS M, Socióloga, colaboradora unidad de Salud Pública Calidad, opinión, satisfacción, clientes, muchos conceptos para una pregunta. Escuela Andaluza de Salud Pública.
12. DE MORAES, H. La Calidad de Asistencia Hospitalaria, Foro Mundial de la salud, Vol. 14, 994.
13. DONABEDIAN A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México 1993, Vol. 35, 3:238-247
14. DONABEDIAN a. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un texto Introductorio Perspectivas en salud Pública. Instituto Nacional de salud Pública. Primera Edición, México.
15. DONABEDIAN A. La dimensión internacional de la evaluación de la garantía de la calidad. Salud Pública México; 32:113-117.,1992
16. DUEÑAS ARAQUE OSCAR ALONSO, Dimensiones de la Calidad en los servicios de Salud, Gerencia de Instituciones de salud en Boyacá Colombia.
17. FIGUEIREDO, M. Comparación de la Calidad de Atención Expresada por el usuario de la consulta externa médica en el OLAS 15 de Agosto y el Centro de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa. Perú, 2000.
18. GARCÍA S. Indicadores de Gestión para los Establecimientos de Atención Médica. Caracas, Editorial Disinlimed C.A. 1993.

19. HUBER D. Liderazgo y Administración en Enfermería. México Interamericana. 1999.
20. ISHIKAWA, K ¿Qué es el Control Total de la Calidad?, Edit. María del Mar Ravasa, Colombia, 1993.
21. JAMES, Paul. Gestión de la Calidad Total, 1998.
22. LÁZARO P. y otros. Cualidades de la enfermera(o) desde el punto de vista del usuario. Enfermería Clínica. Ediciones Doyma. Volumen 4. Número 2. Marzo-Abril 1994.
23. LEDDY S. y Pepper J. Bases conceptuales de la Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. New York. U.S.A. 2000.
24. OPS. ISBM. Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. España, 1990.
25. PABON, H. Evaluación de los Servicios de salud. Universidad del Valle. Facultad de Salud. PRIDE. Colombia. 2000.
26. PASOS, R. Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud, OPS, Serie Paltex, 1997.
27. RAMÍREZ T., NAJERA P., NIGENDA G. Percepción de la calidad de la atención de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex. 1998, 40: 3-12.
28. REVISTA PANAMERICANA DE LA SALUD PUBLICA, Volumen 13, Number 4, Abril 2003, pp229-238. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios.
29. RUIZ C., Vargas F., Castillo C., Pérez L., Martínez R. ¿Qué piensan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición? Rev Invest Clin 1990; 42(4):298-311.

30. SALINAS C, Laguna J, Mendoza M. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública de México. 1996. Volumen 36, Nº 1.
31. VANORMELIGEN H. y Martínez F. Gerencia de la calidad total de los Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. (O.P.S.). O.M.S. Caracas. Venezuela. 1999.
32. VARO J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid. 2000.

PÁGINAS DE WEB:

1. <http://www.stps.gob.mx/312/publica/sistemas.htm>
2. <http://www.stopdolor.com/pdfs/comprendiendo7pdf>
3. <http://www.gerenciasalud.com/dimensiones/de/la/calidad.htm>
4. <http://www.gerenciasalud.com/calidad/satisfacción.htm>
5. <http://www.gerenciasalud.com/prestador-usuario-sistema> de salud-situación social
6. .
7. <http://www.gerenciasalud.com/cambio/gerencial.htm>
8. <http://www.gerenciasalud.com/marketing/en/salud/determinantes>
9. <http://www.sistemadesalud/cubano/camino/lacalidad.htm>



ANEXOS



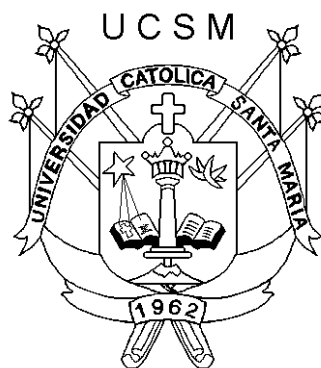
ANEXO N°1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA



PROYECTO DE TESIS
**“REPERCUSIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE
SALUD EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES
USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD CHACARILLA
DE OTERO. LIMA, 2004”**

Presentado por el Bachiller:

HÉCTOR MARTÍN DELGADO MESÍAS

Para optar el Grado Académico de:

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GERENCIA**

**AREQUIPA – PERÚ
2004**

I. PREÁMBULO

La realización de la atención en salud, es una actividad muy enriquecedora para los que laboramos en salud, esta nos permite tener contacto con la realidad de los usuarios que día a día nos visitan, conocer mas a fondo sus dolencias, temores, dudas y expectativas etc., es decir nos permiten conocer su realidad y depositan en nosotros toda su confianza, aquí radica la importancia de hacer de la atención en salud una atención de calidad, pues depende de nosotros el hacer de estas expectativas una realidad adecuada.

Este conocimiento de lo que podemos brindar a nuestros pacientes y lo que ellos esperan recibir de nosotros se convierte en el quehacer cotidiano de la atención, pues tenemos que realizar una atención de calidad permitiendo alcanzar la satisfacción esperada por ellos al llegar al establecimiento, aunque esto se torne en una utopía pues muchas veces no se cuenta con las herramientas y tecnología adecuada, o no les otorgamos lo que ellos esperan.

Somos concientes de las limitaciones existentes, producto del poco apoyo económico al sector, pero queda un factor importante que es el factor humano, el que nos permite darnos a nuestros clientes, con la experiencia diaria a través de la cual podemos evidenciar las falencias en las que caemos, nos permite tener la posibilidad de enmienda, de cambio frente a las acciones que tenemos en búsqueda de la calidad y por otro lado también permite alentar nuestros aciertos cimentados en la satisfacción de nuestros clientes.

Sobre este aspecto se ha entablado las diferentes acciones en búsqueda de la calidad en salud, que inicialmente se hizo de manera empírica, con la experiencia personal de cada quien y que luego se transmitía a sus sucesores. Después se empezó a evaluar de manera objetiva con diversos mecanismos, como control de infecciones, control de complicaciones, control de mortalidad, juntas medicas, etc., tomando acciones como protocolizar

procedimientos, establecer guías de manejo, etc. actividades que han tenido un gran respaldo en los últimos tiempos con la estadística y la epidemiología, que dieron origen a una de las herramientas principales de la búsqueda de la calidad en la atención en salud, como es la medicina basada en evidencias en donde la evidencia científica determina las practicas mas efectivas y seguras para los usuarios.

Durante mis prácticas y labores realizadas en diferentes instituciones de salud, y para el presente trabajo en los Centros de Salud de la periferia de la ciudad de Lima he observado a los pacientes (clientes externos) que acudían para ser atendidos o para hacer uso de los servicios. Ellos acudían con muchas expectativas en la resolución de sus problemas y por lo tanto son las personas más adecuadas para señalar y precisar la forma en que fueron tratados, el trato que recibieron, el tiempo empleado, la satisfacción de cómo su médico lo examinó y orientó acerca de su dolencia; en otras palabras, son los que realmente pueden evaluar la calidad de atención.

Es en este sentido, que surge mi interés de investigar la calidad de la atención de salud a través de los pacientes, en cuanto se sientan satisfechos o insatisfechos, empezando por analizar que es lo que se ofrece y con qué herramientas se cuenta para atender a una población que requiere de servicios promocionales, preventivos y/o curativos.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Repercusión de la Calidad de Atención de Salud en la Satisfacción de los Pacientes Usuarios del Centro de Salud Chacarilla de Otero. Lima, 2004”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Campo, área y línea

Campo: Ciencias de la Salud.

Área : Salud Pública.

Línea : Calidad de los Servicios de Salud.

b. Operacionalización y descripción de variables

- **Variable Independiente**

Calidad de atención de salud

- **Variable Dependiente**

Satisfacción de los pacientes

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADORES
Independiente Calidad de Atención: Grado en que los servicios de salud logren resultados en la salud de los pacientes y reducen la probabilidad de obtener efectos no deseados.	Estructura Operativa	• Disponibilidad • Accesibilidad
	Proceso	Dimensiones de la calidad. • Credibilidad. • Seguridad. • Profesionalidad. • Fiabilidad. • Privacidad. • Comunicación. • Elementos tangibles. • Comodidad. • Comprensión.
Dependiente satisfacción Estado psicológico que resulta cuando la emoción que rodea a las expectativas confirmadas se empareja con los sentimientos previos del usuario.		• Presencia de satisfacción • Ausencia de satisfacción

c. Interrogantes Básicas

1. ¿Existe o no calidad de atención en el Centro de Salud Chacarilla de Otero?
2. ¿Existe o no satisfacción de la atención en los pacientes del Centro de Salud Chacarilla de Otero?
3. ¿La calidad de atención de salud repercute en la satisfacción de los pacientes del Centro de Salud Chacarilla de Otero?

d. Tipo de Nivel de la Investigación

TIPO : Campo.

NIVEL : Explicativo.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

a. Trascendencia

La realidad existente en los Establecimientos de salud de la periferia, es demasiado alarmante y definitivamente hay muchos factores asociados, que van desde la falta de presupuesto otorgado al Ministerio de Salud, la falta de personal ya sea profesional, técnico etc. y el no contar con infraestructura adecuada ni herramientas para poder realizar una atención de calidad. Es en este punto que entra un factor preponderante como es el buscar los medios y las estrategias adecuadas para poder mejorar esta atención en salud buscando la calidad en la misma y que los pacientes (clientes externos) salgan satisfechos con la misma.

b. Magnitud

Esta es una investigación que asume un tema de magnitud nacional, en cuanto una calidad de atención adecuada nos permitirá tener una mayor captación de pacientes, menor prevalencia de enfermedades y un mejor desenvolvimiento social de la población.

En el fondo se trata de un problema que va más allá de los límites institucionales y que afecta a los diferentes establecimientos de salud del MINSA. En esta tarea estamos

involucrados todos los que pertenecemos al Ministerio de Salud, la población y las diferentes asociaciones los que debemos de buscar las alternativas de solución para infundir una mejor calidad en la atención en salud.

c. Importancia

En el presente milenio nos encontramos en la necesidad de mejoras en la atención de salud de nuestra población, porque la salud es un derecho y es un deber ético y moral velar por ella. Asimismo, porqué en los últimos años no se ven cambios ni mejoras en la búsqueda de la calidad de servicio y se encuentra una insatisfacción en la población.

La salud de la población es el factor primordial a cuidar tal como se realiza en países vecinos como Chile, Brasil, esto entonces representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud en este milenio.

d. Oportunidad

La realización del presente trabajo investigativo es necesaria ya que se cuenta previamente con la aprobación institucional, el material adecuado y con el principal factor como es la participación activa de los pacientes externos, pues de sus opiniones respecto a la atención que reciben y su satisfacción de la misma es que es posible el poder acceder a los resultados y plantear recomendaciones adecuadas.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

2.1.1. Definiciones y Conceptos de Calidad

(Rubio S, 1995; 75) la define como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores.

Consiste también en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no. (Gilmore y otros. 1996; 12).

(De Moraes H, 1998; 78) La define como el conjunto de características que deben de tener los servicios para el proceso de atención a los usuarios. Desde el punto de vista técnico y humano, sobre alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios.

Este conjunto de características está basado en las necesidades del cliente, quien van a calificar el servicio recibido y puede ser de diferentes formas: Bueno, Regular y Malo.

En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones. Entre las mas relevantes tenemos: “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un

impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” (MI. Roemer y otro, OMS, 1988; 99-114).

Desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles (Huber D, 1994; 11).

El Dr. (Donabedian A, 1984; 3-28) la define como: “Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes.

Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica” siendo este último autor, la referencia obligada al respecto por ser quien más ha investigado y escrito sobre el tema.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera.

La calidad de la atención consiste también en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (MINSA, 2001; 15)

Esta calidad de atención en salud se basa en un conjunto de factores que no son fáciles de medir. Algunos autores señalan

que los principales determinantes de la calidad en salud son: talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e interacción con el sistema general de seguridad social en salud. (Malagon-Londoño y otros, 1999; 68-79)

Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. Esta implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio. (www.calidad.necesidad.net.br)

La calidad percibida considera al cliente como el único juez de la calidad y se describe como el grado y la dirección de la discrepancia entre las percepciones del resultado y las expectativas del consumidor acerca del servicio (Oliver, 1980; 98-99). Así como lo manifiesta (Otero J, 2002; 29-40) a calidad como la manera como es brindado el servicio como la persona percibe que es atendida.

El debate de los años noventa se centraba en si la calidad es antecedente de la satisfacción o viceversa. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción, mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad, la calidad es conocida “como la manera como es brindado el servicio, como la persona percibe que es atendida”.

Sin embargo, la aproximación que estimamos más adecuada considera una relación dinámica, donde la calidad percibida es

un antecedente de la satisfacción y un mayor nivel de satisfacción del cliente reforzará sus percepciones de calidad. (Berne, C y otros, 1996; 63-74).

En el proceso de atención se tiene dos tipos de elementos, cuya calidad es posible de evaluar, unos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental. Los elementos de carácter técnico tienen que ver preferentemente pero no exclusivamente con la eficacia clínica de los servicios. Lo propio puede decirse de los elementos humanos y ambientales que determinan preferencialmente la satisfacción del usuario pero que puede afectar de manera notable los resultados clínicos esperados. (UCSM).

Los clientes, profesionales de salud, administradores, elaboradores de políticas y financiadores, todos tienen perspectivas distintas pero legítimas sobre lo que constituye la atención de buena calidad (Diprete Brown, 1993; 27)

2.1.2. Dimensiones de la Calidad

Para Dr. OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE (Colombia, 2000; 3-15) Médico con especializaciones en Gerencia de Instituciones de Salud y Auditoria de Servicios de salud existen las siguientes dimensiones de la calidad:

A. La Dimensión Técnico Científica:

Con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo beneficio, La dimensión técnico científica, que se refiere a la práctica de los mejores estándares técnico científicos verificados en la atención en salud, se ha tratado desde los mismos

comienzos de la medicina, siempre en búsqueda de las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad – ética, riesgo – beneficio.

En esta dimensión técnico científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control y las agremiaciones científicas las llamadas a verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares.

B. La Dimensión Administrativa:

Referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con el proceso de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis a, esta referida a las relaciones prestadores –consumidores que hacen relación a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles.

En esta dimensión el usuario tiene mayor capacidad de evaluar la calidad, situación que ha generado que las organizaciones prestadoras de servicios de salud hayan trabajado más sobre los procesos de prestación de servicios buscando hacerlos más eficientes y eficaces, impulsado los cambios más sobresalientes en los últimos años.

C. La Dimensión Humana:

Tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo aspecto fundamental, ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindarle atención y garantizar la salud de un ser humano. Los servicios de salud deben ser enfocados a los pacientes. El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender el por qué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferente al momento de acudir a los servicios de salud.

Dimensiones de la calidad para el presente estudio:

- i. **Credibilidad:** es decir, honestidad del personal que brinda servicios de salud, tanto en sus palabras como en sus actos como por ejemplo en plazos de atención, tratamiento, garantía.
- ii. **Seguridad:** es la ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio de salud, tanto en la parte de infraestructura como en la de atención. Por otro lado

Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados así como su habilidad para transmitir confianza al cliente.

- iii. **Profesionalidad:** Involucra diferentes esferas del profesional de salud, desde la ética, el secreto médico paciente así como el respeto, la actitud del profesional hacia su paciente tratando de cubrir las expectativas con las que llega.
- iv. **Fiabilidad:** consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los consumidores insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al establecimiento.
- v. **Privacidad:** Es un derecho y propiedad de la propia intimidad y vida privada del paciente que acude a recibir atención en los servicios de salud, la cual se incluye en los deberes del profesional de salud.
- vi. **Comunicación:** Es la parte trascendental del acto médico, pues de éste depende el ganar la confianza y lograr el entendimiento del paciente, se debe informar al mismo con un lenguaje que éste entienda, para poder ayudarlo a guiar su recuperación.
- vii. **Elementos tangibles:** Están relacionados con realidades físicas, instalaciones, equipos y materiales de comunicación por lo que pueden ser fácilmente medidos.

- viii. **Comodidad:** Son todas las sensaciones percibidas durante su permanencia en el establecimiento de salud que crean en él un estado de confort.
- ix. **Comprensión:** Es la facultad, capacidad o inteligencia para entender y conocer las dudas del paciente durante su permanencia en el establecimiento de salud, haciendo uso de la tolerancia y el entendimiento.

D. Los Modelos Mentales de la Calidad son

- D.1. Status quo: La calidad no es un problema
- D.2. Control de la Calidad: Inspeccionar y detectar errores
- D.3. Servicio a la clientela: Satisfacer a nuestros clientes
- D.4. Mejoramiento de los procesos: Control estadístico de procesos y otras herramientas para comprender y eliminar variaciones inaceptables en nuestros procesos, productos y servicios.
- D.5. Calidad total: Transformación en Calidad nuestro modo de pensar y trabajar: Satisfacción, Motivación, formación y participación del cliente externo e interno. (www.gestióncalidad.dix.es)

E. Gestión de la Calidad

En el caso de los centros asistenciales y los hospitales, la gestión de la calidad tiene características propias que deben ser consideradas. Para brindar servicios, estas unidades utilizan una serie de procesos administrativos y asistenciales, que se encuentran estrechamente relacionados.

2.1.3. Procesos de Producción Hospitalaria

La diversidad de productos hospitalarios bienes y servicios, y la existencia de dos clases de clientes (externos e internos) permiten establecer distintas clasificaciones de los procesos de producción hospitalaria:

A. Los Procesos Administrativos: De relación interna entre los trabajadores y las unidades del hospital y externa entre la institución y los usuarios del hospital. Son realizados por el personal de apoyo: procesos de gestión económica (contabilidad, caja, etc.) y procesos de gestión de servicios (seguridad, limpieza, mantenimiento, etc.).

B. Los Procesos Técnico Asistenciales: Constituyen el núcleo de la actividad técnico-hospitalaria: proceso de diagnóstico (laboratorio, radiología), terapéutico (farmacia, radioterapia) y cuidados del paciente (hospitalización).

C. Los Procesos Médicos: Son los que definen el comportamiento adecuado de los médicos frente al paciente con un diagnóstico concreto.

La validación de los procesos es sumamente compleja, en realidad nadie ha resuelto en su totalidad este ámbito, siendo hoy materia de innovaciones, permanentes, basados en la sofisticación progresiva de los sistemas de información asistenciales.

Otras variables a evaluar son los procesos, tales como la sensibilidad de las tareas o especificaciones de la atención médica, accesibilidad, tiempo se espera, indicación y aplicación terapéutica apropiada, etc.

Los motivos más específicos para la calidad en la asistencia sanitaria se pueden dividir en tres categorías:

A. Motivos Éticos: La profesión médica ha tenido siempre un contenido ético en su actuación, al reclamar para los pacientes la atención sanitaria que requieren sin consideración de otra índole.

B. Motivos de Seguridad: La propia vida del paciente y su salud son las que están en juego en los tratamientos muchas veces agresivos. Esto explica la necesidad de garantizar la calidad de las instalaciones, procedimientos y tratamientos.

C. Motivos de Eficiencia: La eficiencia, como la consecución de un efecto al menor costo posible no tiene por que contraponerse siempre a la calidad. (<http://www.gestionhospitalaria.intelnine.ch>)

2.1.4. Garantía de Calidad

Las estrategias modernas relacionadas con la calidad en el campo de la salud suelen representarse como un triángulo. Los tres puntos del triángulo diseño de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad son componentes esenciales, interrelacionados y mutuamente reforzadores de la garantía de calidad (Diprete Brown, 1993; 27-42)

2.1.4.1. El diseño de la calidad es un proceso de planificación. El proceso del diseño define la misión de la organización, incluso sus clientes y servicios. Distribuye los recursos y establece los estándares para la prestación de servicios.

2.1.4.2. El Control de la Calidad consiste en el monitoreo, la supervisión y la evaluación que aseguran que todo empleado y toda unidad de trabajo cumplan con esos estándares y constantemente presten servicios de buena calidad.

2.1.4.3. El Mejoramiento de la Calidad procura elevar la calidad y los estándares continuamente mediante la resolución de problemas y el mejoramiento de procesos.

La garantía de calidad debe contar con instrumentos para la evaluación de:

A. Aspectos Administrativos:

- Manual de Normas y procedimientos.
- Indicadores y Estándares Administrativos.

B. Aspectos Técnico Asistenciales:

- Acreditación.
- Indicadores y Estándares Asistenciales.

C. Aspectos de la Atención Médica:

- Auditorias Médicas.
- Protocolos de Diagnóstico y Tratamientos.
- Gestión Institucional.

2.1.5. Elementos de la Calidad

Existen diferentes propuestas de diferentes autores como Donabedian, Healy, Vuori en las que se identifican elementos

de evaluación de la calidad. A continuación mencionaremos un consenso general.

A. Accesibilidad

Determina la facilidad con que el paciente puede tener acceso a la atención en el momento oportuno.

B. Apropiabilidad o Adecuación

Permite prestar la atención correcta según las necesidades reales, en el estado actual del problema.

C. Continuidad

La atención que una persona necesita debe ser coordinada entre los profesionales de la salud y a través de las organizaciones y el tiempo.

D. Efectividad

Es una actividad que permite evaluar y mejorar los resultados de la morbilidad y mortalidad en la población en relación con objetivos predefinidos.

E. Eficacia

Expresa la medida en que los resultados esperados son alcanzados.

F. Eficiencia

Se define como los efectos ó resultados finales obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en términos de dinero, recursos y tiempo.

G. Satisfacción

Conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.

H. Equidad

Distribución adecuada de los recursos en función de las necesidades de la población.

I. Oportunidad

Consiste en la medida en que se presta atención a los pacientes, cuando estos lo necesitan.

2.1.6. Características de la Calidad de Atención

Sus características constituyen una constante universal y son las siguientes:

A. Humanizada: El brindar una atención humanizada requiere de dos aspectos importantes que son conocer y comprender al cliente, conocimiento que implica considerar al cliente como individuo miembro de una familia y componente de una sociedad de quienes no se puede aislar, además el ser humano tiene necesidades relacionadas con la conservación de la vida y de la salud, afecto, respecto, sentirse útil y digno.

B. Oportuna: Es decir, procura brindar los servicios en un momento dado, de acuerdo a las necesidades y problemas de salud del cliente, brindando atención con dinamismo y en un tiempo adecuado.

C. Continua: Implica que la atención brindada al cliente debe ser perseverante y sin interrupciones, cumpliendo los objetivos trazados para el protocolo de la atención.

D. Segura: La atención al cliente de ser libre de riesgos, daños físicos, psicológicos, sociales y morales.

2.1.7. Atributos de Calidad Expresada por el Usuario

A. Costo

Conjunto de sacrificios o privación de recursos necesarios medidos de alguna manera para la fabricación de un bien, prestación de un servicio, realización de una actividad determinada o la obtención de un bien o un servicio.

El costo es un término utilizado para medir los esfuerzos asociados con la fabricación de un bien o la prestación de un servicio. Representa el valor monetario del material, mano de obra y gastos generales empleados.

El costo de la consulta médica lo establece cada Centro de Salud en base a un diagnóstico de la situación socio-económica de su ámbito.

B. Trato

La relación personal—paciente es una forma de relación humana muy especial de compromiso personal con los pacientes, en el cual se establece una forma de interacción humana inserta en una moralidad y en un propósito, que no es otro que curar al enfermo. El concepto de curar incluye lograr el equilibrio de la persona en lo corporal y en lo espiritual.

Este tipo de interacción no solo se sitúa en el plano del conocimiento técnico, sino también en el de los aspectos afectivos, sociales, éticos y espirituales. Además del conocimiento y habilidades específicas, probablemente es el factor más importante en la relación del personal-paciente, para hacer un adecuado manejo de ella.

C. Tiempo de Espera

Es el tiempo que transcurre entre la solicitud que realiza el usuario de un servicio de salud y la entrega del mismo. La calidad en cuanto al recurso tiempo implica que la velocidad de respuesta en el servicio sea lo más corta.

Los largos períodos de espera antes de la citas producen frustración, enojo y preocupación y pueden influir considerablemente en el usuario a la hora de decidir si continúan acudiendo al establecimiento de salud.

Los responsables de la prestación de servicios deben revisar periódicamente los trámites administrativos y clínicos para asegurar que el acceso a tales servicios sea rápido, fácil y que los registros burocráticos sean mínimos y que la atmósfera sea acogedora.

2.1.8. Medición de la Calidad

La medición tiene cuatro componentes identificar, cuantificar, valorar y comparar. En consecuencia, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad es medirla, pero cómo se puede aspirar a medir algo tan intrínsecamente cualitativo, que incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad. Healy nos facilita la tarea definiendo la evaluación de la calidad como la

comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia. (Healy y otros, 1988; 20-31)

En la actualidad los métodos existentes no satisfacen plenamente las necesidades de medición de la calidad en el área de la salud, queda reflejado en la siguiente frase de Myers, citado por la (Organización Panamericana de la Salud, 1992; 84-86) en el que señala que: "...no existe ninguna otra organización (aparte de un hospital) cuya administración sea tan frustrante e ineficaz debido a su incapacidad para juzgar la calidad de su producto"

El abordaje más sistemático para el análisis de la medición de la calidad, se debe a (Donabedian A, 1984; 3-28), quien enfoca tres parámetros:

- Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.
- Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso.
- Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados.

2.2. SATISFACCIÓN

La definición del término satisfacción, ha sido un tema ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas.

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

El concepto "satisfacción del usuario" adquiere un notable relieve en el ámbito en los años 80, tal como lo refleja la literatura profesional. Habitualmente aparece unido a otros dos términos que han entrado con una fuerza similar: la calidad y a la evaluación. (Jurgens M, 1994; 49)

Maslow refiere a la satisfacción como aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo o los fines que la reducen. Es decir, satisfacción, es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos.

Es un estado psicológico que resulta cuando la emoción que rodea a las expectativas confirmadas se empareja con los sentimientos previos del usuario acerca de la experiencia del consumo.

La Dra. (Zas Ros, B,2001:15-29) menciona que la satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.

De forma más sencilla podríamos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente)

que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente.

Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

Algunos investigadores han concentrado sus fuerzas en determinar si la satisfacción de los usuarios es un buen índice para determinar la calidad de los servicios, sin embargo, se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico, por lo que la conclusión básica que se desprende, es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso” (Bigné et al, 1997;55-61).

Comercialmente hablando diríamos que la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del usuario.

El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

2.2.1 Satisfacción del Usuario:

Diversos autores indican que es mejor emplear como indicador de satisfacción de usuarios, la utilización efectiva de los servicios, con lo que se otorga a los usuarios un papel activo en el proceso de transferencia de la información al considerarlo como un coproductor del servicio y de la calidad del mismo. (Eiglier, P y otros,1992; 9 - 17)

Podríamos establecer una definición muy sencilla del concepto "la satisfacción del usuario" aunque recordemos que se trata de una definición estándar ya que cada usuario elabora la suya propia dependiendo de la percepción del usuario de haber utilizado correctamente su tiempo, habiendo recibido una atención respecto a sus propias expectativas en un determinado contexto ambiental.

Al reconocer que la prestación del servicio está implícita en la satisfacción del usuario, estamos dando un valor subjetivo al propio concepto de satisfacción y a la relación servicio-usuario.

Además, nunca será un servicio de calidad si el usuario no lo percibe así. Igualmente, hay que tener presente que el "estándar" de servicio será diferente para cada usuario, y estará en función de sus expectativas. (Weingdan D, 1997; 28-29)

La satisfacción está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y del propio establecimiento de salud. Estos elementos conformadores del servicio esperado condicionan que la satisfacción sea diferente

para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. (Aparicio Ch. y otros, 2000; 9-15)

La opinión de los usuarios sobre la satisfacción o insatisfacción, deriva directamente de la calidad de un servicio, de sus características y su entorno (Abad García M, 1997; 23)

El objetivo de los servicios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque difícil de realizar, es un instrumento de medida de calidad de la atención médica.

Hay dos criterios comunes, que suponen un obstáculo a la orientación de los servicios sanitarios al usuario y a la satisfacción de sus necesidades y preferencias.

El primero de ellos es pensar que el servicio de salud no se debe dirigir a satisfacer las necesidades de salud.

El segundo es creer que los consumidores no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la atención médica, con la cual se contrapone la satisfacción de los clientes a la calidad de atención.

El usuario generalmente evalúa el servicio global y no aspectos parciales de la prestación, y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida. El objetivo de la calidad total es satisfacer las necesidades del usuario.

No todos los autores consideran la satisfacción como resultado de una buena atención y como instrumento de su calidad.

Un profesional o un equipo de salud que no esté bien capacitado, no puede satisfacer al usuario por que no esta preparado y no satisficiera adecuadamente sus necesidades.

Las características del producto determina el nivel de satisfacción del usuario. Estas características incluyen no sólo las de los bienes o servicios principales que se ofrecen, sino también las de los servicios que les rodean.

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados. (Zas Ros, B, 2001:15-29)

2.3. NIVELES DE SATISFACCIÓN

Para GIOVANNI DI DOMENICO (1996, 9, XIV, 56) El usuario determina diferentes niveles de satisfacción, a partir de la combinación de dos aspectos mencionados anteriormente, prestación del servicio y sacrificio, los cuales que pueden reducirse a:

- **Sacrificio Elevado / Prestación de Servicio Modesta:**

Estos factores provocan una insatisfacción máxima o nivel de satisfacción mínimo, el usuario efectúa, una valoración negativa del servicio que puede dar lugar a una reclamación, que se debe considerar como una actitud positiva hacia el centro y, si puede no repetirá la experiencia.

- **Sacrificio Modesto / Prestación Modesta:**

Provoca una insatisfacción moderada o nivel de satisfacción bajo, por ello el juicio del servicio quedará en suspenso y con incertidumbre acerca de la oportunidad de repetir la experiencia, tan sólo las necesidades posteriores de información determinarán una nueva experiencia en el mismo centro.

- **Sacrificio Elevado / Prestación Elevada:**

Se genera una satisfacción contenida, por ello el juicio es moderadamente positivo. La incertidumbre acerca de repetir el servicio es menor, ya que le otorga otra oportunidad de usar el servicio.

- **Sacrificio Modesto / Prestación Elevada:**

Supone un máximo nivel de satisfacción, el juicio es netamente positivo por lo que se otorga una máxima confianza en la repetición del servicio. Por tanto, hemos conseguido un elemento que nos proporciona algo más que satisfacción es decir, confianza.

Podemos decir, pues, que la satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado, y puede servir como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que, a menudo, no están disponibles. Podemos considerar que la satisfacción es un indicador blando, con un marcado componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos (Rey Martín K, 2000; 139-153).

El estudio del grado de satisfacción de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, tiene mucha importancia como criterio de

evaluación de la atención prestada y es útil para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento de los sistemas de salud. Lo que está en cuestión es cómo asegurar la mayor productividad sanitaria, eficiencia, calidad y nivel de satisfacción, con los recursos que la sociedad entrega a los centros hospitalarios (Gobierno de Chile, 2002 www.saludfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf).

2.4. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Aunque existen varias formas de realizar una evaluación sobre la satisfacción de los usuarios o pacientes de los servicios de salud, la mayoría de éstas se basan en un enfoque multidimensional, que incluye diversos aspectos tal como: entrega de información, accesibilidad, burocracia, humanización, atención a problemas psicosociales, etc. Se han comparado varios métodos para medir la satisfacción de los pacientes, concluyendo que los resultados obtenidos están estrechamente relacionados con la técnica de medición utilizada. Esta es una limitación importante para la comparación de los diferentes estudios (Alvarado y Vera, 2001; 81-89).

Para (BERRY y otros, 1993; 110-120) en su libro *Calidad Total en la Gestión de servicios* el método por medio del cual se mide la satisfacción del usuario suele ser el cuestionario.

Para ello, se utilizan formularios específicos, diseñados con este objetivo y que pueden aplicarse en forma de cuestionarios auto administrados, las encuestas o mediante entrevistas.

Estos métodos implican la dificultad añadida de elaborar un cuestionario que sea fiable, debido a la propia subjetividad del concepto, y que sea capaz de transmitir esta fiabilidad de forma clara para motivar su respuesta.

Esto crea una dificultad añadida, la de identificar los aspectos de los servicios y de los sistemas de información que pueden ser relevantes para el usuario, las denominadas dimensiones de la calidad que determinarán su satisfacción o insatisfacción.

(Applegate R, 1993; 525-539) aporta algunos elementos nuevos a las definiciones expuestas anteriormente, proponiendo, además, tres modelos de satisfacción del usuario:

1. **El modelo de Satisfacción Material:** con el funcionamiento de un producto (obtención del mismo o precisión del mismo) se constata si este producto responde a la demanda o no, si satisface materialmente o no.
2. **El modelo de Satisfacción Emocional de Vía Simple:** los usuarios están "felices" o emocionalmente satisfechos, cuando se ha respondido correctamente a sus preguntas. La satisfacción puede afectar al comportamiento de un usuario positiva o negativamente.
3. **El modelo de Satisfacción Emocional - Vía Múltiple:** expresa que la felicidad de los usuarios depende no sólo de las preguntas que se responden (satisfacción material), sino también de otros factores como la situación y las expectativas acerca del servicio. Este tercer modelo de satisfacción permite la comprensión de la satisfacción emocional, denominada "positiva falsa", que corresponde a usuarios satisfechos aunque el resultado de sus consultas haya sido infructuoso.

2.5. SATISFACTORES

(Max Neef, 1993; 33) economista chileno fundador y director del Centro de Alternativas de Desarrollo CEPAUR, define a los Satisfactores como "formas de ser, estar, tener y hacer de carácter individual y colectiva conducentes a la actualización de necesidades.

Los Satisfactores son formas organizativas, prácticas sociales, espacios, valores, modelos políticos, históricamente constituidos y su identificación permite el diseño de estrategias sinérgicas de intervención en el campo de las necesidades sociales.

En este sentido Neef hace una clasificación en relación a los satisfactores, él señala que estos pueden tener diversas características y los clasifica en cinco tipos:

Satisfactores. Caracterización según Max Neef:

SATISFACTORES	CARACTERÍSTICAS
Violadores o destructores	A mediano plazo aniquilan la posibilidad de su satisfacción y, por sus efectos colaterales, impiden la satisfacción de otros, son impuestos. Ej. Censura.
Pseudo - satisfactores	Producen una falsa sensación de satisfacción, pueden aniquilar la necesidad que pretenden satisfacer. Son inducidos. Ej. sobre-explotación de recursos ambientales.
Inhibidores	Sobresatisfacen, pero dificultan la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Están ritualizados. Ej. Aula autoritaria.
Sinérgicos	Satisfacen a una y estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras. Ej. Lactancia materna.
Singulares	Apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros de otras. Ej. Planes alimentarios.

2.5.1. La Satisfacción del Consumidor:

En un mercado con una recesión como la nuestra, el perder o dejar de captar clientes es un lujo que nadie puede darse. Por ello, lograr su satisfacción es el motivo principal de cualquier negocio. El autor Philip Kotler lo define como “el estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento o resultado que se percibe de un producto con sus expectativas”.

Matemáticamente lo podemos expresar como la diferencia entre el resultado obtenido con el uso y experiencia del producto-servicio, menos las expectativas previas acerca de dicho uso y experiencia.

En este caso se dice que el consumidor está satisfecho cuando el resultado de la resta es positivo y que está insatisfecho cuando es negativo.

3. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La investigación a nivel local registra antecedentes investigativos con enfoques distintos al presente estudio, estos son:

- 3.1. Repercusión de la Educación Sanitaria brindada al usuario interno, en la satisfacción del usuario externo sobre la calidad de los servicios de Consulta Externa. Hospital Regional Mayor ODO.PNP JPM. Arequipa, Perú.

Autor. Edgardo Wilfredo Chávez González.

Este estudio tuvo como finalidad llegar a establecer la repercusión de la educación sanitaria al usuario interno sobre la calidad de los servicios en la Consulta Externa. Consideró 2 grupos, quienes

manifestaron el grado de satisfacción con los servicios brindados antes y después de la educación brindada a uno de los dos equipos. Concluye que al término de dicha educación hubo un cambio positivo en las categorías satisfactoria y aceptable.

3.2. Calidad de atención del usuario en los Servicios de Hospitalización del Hospital Regional Honorio Delgado – 1996.

Autor: Rosas Ramos.

En este trabajo se indica que las tres cuartas partes de usuarios de los cuatro servicios de Hospitalización del Hospital Honorio Delgado calificaron la atención como regular y buena. Las principales cualidades y atributos que valora un usuario al calificar la atención en Salud son: el buen trato, rápida atención, comprensión, interés, sensibilidad del equipo de salud en el dolor.

Existe disconformidad en el usuario con: la alimentación, limpieza del servicio, utensilios para comida y ropa de cama.

3.3. Relación entre la calidad de atención con la mortalidad materna y perinatal, en pacientes obstétricas que concurren al hospital Goyeneche año 2002.

Autor: Efraín Camargo Pantoja.

Para determinar las dimensiones de la calidad se utilizó como técnica la observación documental y como instrumento una lista de cotejo medidor de estándares de calidad. Para la calidad percibida se usó la técnica de la entrevista. La calidad percibida por las usuarias que concurren al servicio de obstetricia del Hospital Goyeneche en más 80% calificaron de muy buena y buena a pesar de todos los inconvenientes que tienen para ser atendidas.

Se encontró una relación inversa entre la calidad de atención sanitaria y la mortalidad materna y perinatal.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Identificar la calidad a través de las dimensiones alcanzadas en la atención de salud del Centro de Salud Chacarilla de Otero.
- 4.2. Establecer si existe o no satisfacción de la atención en los pacientes del Centro de Salud Chacarilla de Otero.
- 4.3. Determinar la repercusión de la calidad de atención de salud en la satisfacción de los pacientes del Centro de Salud Chacarilla de Otero.

5. HIPÓTESIS

Dado que; la presencia de calidad en los servicios de salud involucran un conjunto de características que deben tener los servicios para el proceso de atención de los usuarios, estos servicios están ligados a la percepción de quienes los reciben, produciéndose en ellos un estado de satisfacción o de insatisfacción.

Es probable; que la calidad de atención de salud brindada en el Centro de Salud Chacarilla de Otero, repercuta favorablemente en la satisfacción de los pacientes.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1 Técnica:

La Técnica utilizada es la Encuesta.

1.2 Instrumento:

Es la Cédula de Preguntas.

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE Calidad de Atención	Estructura	Observación Monumental y Documental	Ficha de Recolección de Datos
DEPENDIENTE Satisfacción	Proceso	Entrevista	Encuesta

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito:

La investigación se realizara en el Centro de Salud Chacarilla de Otero ubicado en el Distrito de San Juan de Lurigancho - Lima.

2.2. Unidades de Estudio:

Universo Cualitativo

Todos los pacientes que acuden al Centro de Salud de Chacarilla de Otero. Lima.

Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 18 años que desean participar del estudio.

Criterios de Exclusión: Pacientes menores de 18 años y mayores de 70, gestantes, no hispano hablantes, psiquiátricos y con retardo mental.

Población: Se tomó como referencia los pacientes atendidos en los Consultorios de Medicina del Centro de Salud Chacarilla de Otero – Lima, que estimativamente realiza 46,800 consultas al año.

Muestra: En consideración a que estudios sobre calidad de la atención de salud de porcentaje en pacientes mayores de 18 años, atendidos en los Consultorios de Medicina, presentan valores entre 2,6% y 3,0%, se decidió utilizar el concepto de **Largo de Racha Promedio (ARL)**, como la forma de determinar la cantidad de consultas realizadas para tener unos 100 casos de pacientes sobre calidad de la atención de salud.

ARL = $1/p$.

Suponiendo que p proporción de pacientes mayores de 18 años fuese igual a 0,028, el ARL es igual a $1/0,028$ y este es igual a 36. Esta es la cantidad promedio de consultas para detectar un paciente, por tanto para detectar 300 pacientes debemos de tener alrededor de 3,800 consultas. Esta cantidad de consultas dividida entre 150 (capacidad máxima de consultas diarias) entrega la cantidad de días necesarios para realizarlas.

$$10,800/150 = 72 \text{ días.}$$

Dado que el mes tiene 24 días laborables se necesitan estimativamente revisar tres meses de consultas médicas.

De acuerdo con esto, el trabajo de campo de la investigación comenzó el 1º de setiembre y terminó el 30 de noviembre del 2004, en ese periodo se encontraron 300 pacientes para el estudio.

2.3. Temporalidad:

La presente investigación se realizará entre junio del 2004 a julio del 2005, por lo que constituye una visión coyuntural o actual.

2.4. Estrategia de Recolección de Datos

La recolección de información se hará en coordinación con la Dirección y Jefes de Servicio del Establecimiento de Salud y previa aprobación.

Para la aplicación del instrumento se hará un trabajo de sensibilización con los pacientes del establecimiento de salud en mención.

2.4.1. Recursos:

Humanos: Personal de apoyo para la realización de las encuestas, pacientes encuestados, personal del establecimiento y personal estadístico.

Físicos: El establecimiento de salud, consultorios donde se realizará la encuesta, auditorio para charla de sensibilización.

Materiales: Encuesta para validación, encuesta validada, CPU y material de escritorio.

2.4.2. Validación Del Instrumento: Se realizará una encuesta para validar el instrumento, luego se hará uso de este instrumento ya validado.

2.4.3. Criterios de Manejo de Resultados:

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PRUEBA ESTADÍSTICA
INDEPENDIENTE Calidad de Atención	Estructura	Ordinal	Chi 2
DEPENDIENTE Satisfacción	Proceso	Ordinal	Chi 2

ENCUESTA DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Numero de encuesta

Fecha Día Mes Año Hora

Nombre del Establecimiento de Salud

Servicio de atención.....

ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

1. **Edad** Sexo M F

Estado Civil:

Casado ☐ Soltero ☐ Conviviente ☐ Viudo ☐

2. **Lugar de Residencia:**

Lima ☐ Rimac ☐ SJ Lurigancho ☐ El Agustino ☐ Otros

3. **Lugar de Procedencia:**

Lima ☐ Cajamarca ☐ Huancayo ☐ Piura ☐ Otros

4. **Grado de Instrucción:**

Analfabeto ☐ Primaria Incompleta ☐ Primaria Completa ☐

Secundaria Incompleta ☐ Secundaria Completa ☐ Superior ☐

5. **Los costos de la atención son:**

Accesibles ☐ Elevados ☐ Dificilmente Accesibles ☐

6. **Según la accesibilidad cultural:**

- El centro conoce y acepta mis tradiciones en salud en la atención ☐
- El centro conoce pero no acepta mis tradiciones en salud en la atención ☐
- El centro no conoce pero me acepta mis tradiciones en salud en la atención ☐
- El centro no conoce y no acepta mis tradiciones en salud en la atención ☐

7. **El horario de atención es:**

Adecuado ☐ Inadecuado ☐

8. **La ubicación del Centro de Salud es:**

Accesible para Ud. ☐ Distancias largas ☐ Muy distante ☐ No opina ☐

9. El personal le inspiró credibilidad:

Si ☐ No ☐ No opina ☐

10. El personal le inspiró seguridad:

Si ☐ No ☐ No opina ☐

11. El personal que lo atendió actuó con profesionalidad:

Si ☐ No ☐ No sabe/ No opina ☐

12. El personal de salud en la atención que brinda es fiable:

Si ☐ No ☐ No sabe/ No opina ☐

13. La evaluación médica se realizó con privacidad:

Si ☐ No ☐ No opina ☐

14. La comunicación con el profesional de salud fue clara

Si ☐ No ☐ No opina ☐

15. El establecimiento de salud se encontraba limpio:

Limpio Completamente ☐ No esta limpio ☐ No opina ☐

16. El establecimiento de salud le pareció:

Cómodo ☐ Parcialmente cómodo ☐ Incómodo ☐

17. Tuvo Usted una comprensión clara del diagnóstico y tratamiento:

Si ☐ No ☐ No opina ☐

18. Sintió usted satisfacción por la atención recibida:

Si ☐ No ☐ No opina ☐

19. Sintió usted satisfacción por la resolución de problemas de salud:

Si ☐ No ☐ No opina ☐

20. Como se sintió con respecto a la calidad de la atención:

Satisfecho ☐ Reglamentemente ☐ Insatisfecho ☐

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVARADO, R. Y VERA, A. "Evaluación de la Satisfacción de Usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud", Revista Chilena de Salud Pública, Vol. 5, Nº 2-3. 2001.
2. APARICIO Ch. y Col. "Algunos Factores Asociados con Calidad de Atención en el CLAS Centro de Salud Mariano Melgar-Arequipa". 2000.
3. AVEDIS DONABEDIAN. La Definición de la Calidad Asesoramiento y Monitoreo Vol. 1. 1998.
4. BÁRBARA ZAS ROS. "La Satisfacción como Indicador de Excelencia en La Calidad de los Servicios de Salud". 2000.
5. BERNÉ, C.; MÚGICA J. M. y YAGÜE M. J. "La Gestión Estratégica y los Conceptos de Calidad percibida, Satisfacción del Cliente y Lealtad", Economía Industrial, Nº 307, Enero-Febrero. 1996.
6. BERRY, PARASURAMAN; ZEITHAML, y DÍAZ DE SANTOS. "Calidad Total en la Gestión de Servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las Percepciones y las Expectativas de los Consumidores". Madrid. 1999.
7. BIGNE E.; MOLINER, M. Y SANCHEZ, J. "Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos", Investigación y Marketing, Vol. 57, diciembre. 1997.
8. CARINA REY MARTÍN. "La Satisfacción del Usuario: un Concepto en Alza". Anales de Documentación, Nº 3.. 2000.
9. DARLENE E. WEINGDAN. "Measuring Customer Satisfaction". Customer service Excellence. A concise Guide for Librarians, Chicago: American Library Association, en el Apartado. 1997.

10. DE MORAES, H. "La Calidad de la Asistencia Hospitalaria". Foro Mundial de la salud, Vol. 14, 1998.
11. DIPRETE BROWN, L., FRANCO, L.M., RAFEH, N., and HATZELL, T. Quality assurance of health care in developing countries. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, Center for Human Services, 1993.
12. GILMORE, CAROL; DE MORAES NOVAES, HUMBERTO "Manual de Gerencia de la Calidad". Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg, 1996.
13. GIOVANNI DI DOMENICO. "Progettare la user satisfaction. Come la biblioteca Efficace Gestisce gli aspetti Immateriali del servizio", en Biblioteche Oggi, nov 1996, 9, XIV. 1996.
14. HEALY S. "Health Care Quality Assurance". Terminology. Int. J. Health Care Quality Assurance. 1988.
15. HUBER, D. "Proposed approach for Medical Quality of Care in Family Planning/Reproductive Health Services Supported by Pathfinder International". Sep. 9, 1994.
16. M.F. ABAD GARCIA. "Investigación Evaluativa en Documentación". Valencia Universidad de Valencia, 1997.
17. MALAGÓN-LONDOÑO, G.; GALÁN, R. Y PONTÓN, G. "Garantía de Calidad en Salud", Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Colombia. 1999.
18. MAX-NEEF GOALD. "Process and Indicators of Development Proyect". 1993.
19. MICHELE JURGENS PANAK. "La satisfacción total del cliente. La excelencia en la calidad de los productos". Barcelona: Folio, Financial Times. 1994.

20. MINISTERIO DE SALUD. "Sistema de gestión de la calidad. Dirección general de salud de las personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud". 2001.
21. OLIVER R., L. "La calidad percibida considera al cliente como el único juez de la calidad". 2000.
22. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPS). "La calidad en Tiempos Modernos". Organización Panamericana de la Salud.1992.
23. OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE. "Dimensiones de la Calidad". Colombia. 2000.
24. OTERO M. JAIME, OTERO I. JAIME I. "Gerencia en Odontología". Tomo 2. Ética y Marketing. Lima, Perú, Mayo del 2,002.
25. PASOS, R. "Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud". OPS, Serie Paltext. 1999.
26. PETER HERNON, DANUTA A. NITECKI, ELLEN ALTMAN. "Service Quality and Customer Satisfaction: An Assessment and future directions". The Journal of Academic Librarianship. 1999.
27. PIERRE EIGLIER, ÉRIC LANGEARD. "Servucción El Marqueting de Servicios". Madrid: MacGraw Hill. 1992.
28. RACHEL APPLEGATE. "Models of user satisfaction: understanding false positives", en RQ, Summer, 1993.
29. RICARDO MENDOZA. "Calidad en Salud. Marketing en Salud. Rentabilidad a través de la Lealtad". Escuela de Post Grado Universidad San Ignacio de Loyola. 2003.
30. ROSAS R, A. "Calidad de atención expresada por el usuario en los servicios de hospitalización " Tesis UNSA -Arequipa. 1996.

31. RUBIO CEBRIÁN, Santiago. "Glosario de Economía de la Salud". Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud". España. 1995.
32. RUST, R. T. y OLIVER, R. L. "Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier", en Service. 1994.
33. VUORI. "Control de la Calidad", 1988.
34. Gobierno de Chile, "Hacia un nuevo Modelo de Gestión en Salud". Junio. www.saludyfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf. 2002.
35. Calidad en la Asistencia Sanitaria. Principios. Modelos. Comisiones clínicas hospitalarias. www.gestioncalidad.dix.es
36. www.calidadnecesaria.net.br

ANEXO N°2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Unidad Estudio	25			26			27		
	a	b	c	Si	No	N Op	Si	No	N Op
1	X		X	X	X	X			X
2	X		X						X
3		X			X				
4	X		X		X		X		X
5		X	X		X		X		
6	X		X	X	X			X	X
7		X	X				X		
8		X			X		X		
9	X		X	X	X	X	X		X
10		X	X					X	
11			X			X		X	
12	X		X	X				X	X
13		X						X	
14									
15	X			X				X	X
16				X			X		
17		X		X		X		X	
18	X			X				X	X
19				X		X			
20	X			X				X	X
21		X		X				X	
22	X					X			X
23								X	
24								X	
25	X		X					X	X
26			X					X	
27	X		X					X	X
28	X	X						X	X
29	X		X					X	X
30		X						X	
31									
32									
300									
TOTAL	119	26	155	62	172	36	219	5	76