

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL "CRL. LUIS ARIAS SCHREIBER" DE
LIMA, FEBRERO 2014**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Tania Patricia Saavedra Mosqueira

ASESORADO POR:

Méd. Juan Manuel Cánepa Yzaga

TACNA - PERÚ

2014

AGRADECIMIENTOS:

A la vida, por darme la oportunidad de aportar algo positivo a mi sociedad.

Al que todo lo ve y siempre está conmigo, dejándome caer y levantándome para aprender.

A mis padres, por su confianza, comprensión y apoyo incondicional.

A tía Rocío, por sus aportes y preocupación constantes.

A todos los que me brindaron su ayuda para lograr mis metas.

DEDICATORIA:

A mi familia y en especial a mi madre, quien realmente sabe lo que todo esto significa para mí.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---------------------------------------|-----------|
| RESUMEN | 08 |
| ABSTRACT | 09 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| CAPÍTULO I | |
| EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 11 |
| 1.1. Fundamentación del problema | 11 |
| 1.2. Formulación del problema | 17 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 17 |
| 1.3.1. Objetivo general | 17 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 17 |
| 1.4. Justificación | 17 |
| 1.5. Definición de términos | 19 |
| CAPITULO II | |
| REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA | 22 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 22 |
| 2.1.1. Locales | 22 |
| 2.1.2. Nacionales | 23 |
| 2.1.3. Internacionales | 25 |
| 2.2. Marco teórico | 27 |
| 2.2.1. Servicios de salud | 27 |
| 2.2.2. Calidad | 28 |
| 2.2.2.1. Concepto | 28 |

| | | |
|----------|---|----|
| 2.2.2.2. | Historia | 30 |
| 2.2.2.3. | Modelo Europeo de Excelencia: Autoevaluación | 32 |
| 2.2.2.4. | Principios de Calidad | 33 |
| 2.2.2.5. | Principios de Deming | 34 |
| 2.2.2.6. | Calidad de Servicios de Salud | 38 |
| 2.2.2.7. | Calidad Hospitalaria | 41 |
| 2.2.2.8. | Dimensiones de Calidad | 44 |
| 2.2.3. | El cliente | 45 |
| 2.2.3.1. | Concepto | 45 |
| 2.2.3.2. | Clasificación | 45 |
| 2.2.3.3. | Satisfacción del usuario | 46 |
| 2.2.3.4. | Importancia del enfoque afectivo de la satisfacción | 48 |
| 2.2.3.5. | Relación entre calidad percibida y satisfacción del usuario | 49 |
| 2.2.3.6. | Calidad y satisfacción en salud | 51 |
| 2.2.3.7. | Los derechos del paciente en el Perú | 55 |
| 2.2.3.8. | La relación médico-paciente | 57 |
| 2.2.3.9. | El paciente y el Servicio de Emergencia | 58 |

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES 61

| | | |
|------|---------------------------------|----|
| 3.1. | Operacionalización de variables | 61 |
|------|---------------------------------|----|

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 63

| | | |
|--------|------------------------|----|
| 4.1. | Diseño | 63 |
| 4.2. | Ámbito de Estudio | 63 |
| 4.3. | Población y muestra | 63 |
| 4.3.1. | Criterios de inclusión | 64 |
| 4.3.2. | Criterios de exclusión | 64 |

| | |
|--|------------|
| 4.4. Instrumento de recolección de datos | 65 |
| 4.5. Validación de los instrumentos y Pruebas de Confiabilidad | 68 |
| CAPITULO V | |
| PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS | 69 |
| CAPÍTULO VI | |
| RESULTADOS | 70 |
| DISCUSIÓN | 93 |
| CONCLUSIONES | 100 |
| RECOMENDACIONES | 101 |
| BIBLIOGRAFÍA | 102 |
| ANEXO | 106 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabla N°01: Distribución de la población según sexo, edad, grado de instrucción y especialidad de atención | 71 |
| Tabla N°02: Determinación de la Calidad General como Satisfacción del Usuario | 77 |
| Tabla N°03: Determinación de la Calidad de Atención por Dimensiones | 79 |
| Tabla N°04: Determinación de la Calidad de Atención según el Perfil del Paciente | 87 |
| Tabla N°05: Determinación de la Calidad por Especialidad Médica | 89 |
| Tabla N°06: Ítems SERVQUAL: Leyenda de Gráfico N° 14 | 92 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Gráfico N°01: Distribución de la población por sexo | 73 |
| Gráfico N°02: Distribución de la población por grupo etáreo | 74 |
| Gráfico N°03: Distribución de la población por grado de instrucción | 75 |
| Gráfico N°04: Distribución de la población por especialidad médica | 76 |
| Gráfico N°05: Calidad General de Atención del Servicio de Emergencia – Niveles de Satisfacción del Usuario | 78 |
| Gráfico N°06: Calidad de Atención. Dimensión de Fiabilidad | 81 |
| Gráfico N°07: Calidad de Atención. Dimensión de Capacidad de Respuesta | 82 |
| Gráfico N°08: Calidad de Atención. Dimensión de Seguridad | 83 |
| Gráfico N°09: Calidad de Atención. Dimensión de Empatía | 84 |
| Gráfico N°10: Calidad de Atención. Dimensión de Aspectos Tangibles | 85 |
| Gráfico N°11: Comparación de Dimensiones de Calidad | 86 |
| Gráfico N°12: Dimensiones de Calidad y Grado de Satisfacción | 90 |
| Gráfico N°13: Análisis de Calidad de Atención según Ítems SERVQUAL. Matriz de mejora. | 91 |

RESUMEN

Objetivo General: Determinar la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central (HMC), febrero - 2014.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, descriptivo y prospectivo. Se aplicó el cuestionario SERVQUAL modificado y validado para Servicios de Emergencia de hospitales nacionales que fue aplicado a una muestra de 171 pacientes y/o acompañantes del Servicio de Emergencia del HMC durante el mes de febrero del 2014.

Resultados: El 62.57% de usuarios es de sexo femenino y el 37.43% de sexo masculino, con grupos etáreos predominantes de 26 a 45 años y de 46 a 65 años. El 81.3% de la población estudiada presentó Insatisfacción con predominio de Insatisfacción leve a moderada (80.1%), frente a 18.7% de usuarios que presentaron Satisfacción, con predominio de Satisfacción Amplia (17% del total). Se evaluaron las dimensiones de calidad encontrándose en todas, más del 60% de insatisfacción. Se encontró Insatisfacción leve a moderada en 71.9%, 73.7%, 60.2%, 59.6% y 63.2% de los usuarios en las dimensiones de Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles. Las dimensiones de Capacidad de Respuesta y Fiabilidad, presentaron mayores porcentajes de insatisfacción mientras que Empatía y Seguridad demostraron los mayores porcentajes de satisfacción. Los usuarios entre 46 y 65 años presentaron el mayor porcentaje de insatisfacción (92.4%).

Conclusiones: El nivel de satisfacción de los usuarios externos es bajo, con un porcentaje mayor de insatisfacción leve-moderada, con lo cual este estudio encuentra factible revertir esta situación a través de la identificación de las principales causas de insatisfacción y la implementación de proyectos de mejora.

PALABRAS CLAVE: Calidad de servicio, servicio de salud, Emergencia, SERVQUAL

ABSTRACT

General Objective: Determine the quality of attention in the Emergency Service of the Military Central Hospital (MCH), February-2014.

Material and Methods: This is a observational, analytical, prospective and descriptive study. We used a modified SERVQUAL questionnaire and validated for Emergency Services in national hospitals. SERVQUAL was applied to 171 patients and companions in the MCH Emergency Service on February 2014.

Results: 62.57% female and 37.43% male, with predominant age group of 26-45 years, and 46-65 years. 81.3% had Dissatisfaction that was mild to moderate in 80.1%, compared with 18.7% of users submitting Satisfaction, with Wide Satisfaction predominantly (17% of total). Quality dimensions being in all, more than 60% were evaluated dissatisfaction. Dissatisfaction was found mild to moderate in 71.9 %, 73.7%, 60.2%, 59.6% and 63.2% of users in the dimensions of Reliability, Responsiveness, Security, Empathy and Tangibles Aspects. Dimensions of Responsiveness and Reliability, had higher rates of dissatisfaction while Empathy and Security showed the highest percentages of satisfaction. Users between 46 and 65 years had the highest percentage of dissatisfaction (92.4%).

Conclusions: The satisfaction level of external users is low, with a higher percentage of low-moderate dissatisfaction with which this study is feasible to reverse this situation by identifying the main causes of dissatisfaction and implementing improvement projects.

KEYWORDS: Quality of care , health services , Emergency, SERVQUAL

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios ha sido uno de los principales rectores de la reforma del sector de la salud desde la Primera Cumbre de las Américas en 1994.¹

La calidad, puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente.¹ La satisfacción o insatisfacción de los pacientes y sus familiares con los servicios sanitarios es un elemento de capital importancia para explorar y conocer cuáles son sus preferencias. Su estudio constituye un instrumento imprescindible para hacer realidad la orientación de los servicios hacia el usuario.²

En nuestro país los esfuerzos por elevar los niveles de calidad no son escasos, sin embargo, aún se percibe la insatisfacción del usuario de los servicios de salud. Si bien este tema es complicado, tratándose del sector público donde el usuario no tiene la libertad de decidir como en el sector privado, es cada vez más necesario evaluar la calidad del servicio brindado para mejorar la satisfacción de este y optimizar la respuesta del paciente.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la satisfacción del usuario de los servicios de Emergencia del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” (HMC), con el fin de conocer su percepción de calidad, sus necesidades, expectativas y la medida en que éstas son cubiertas y; de destacar la importancia de brindar al paciente un servicio de salud con calidad.

¹ Anna Gabriela Ross, José Luis Zeballos y Alberto Infante. “La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe”. En Revista Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 8 (1/2), 2000.

² De León, Oscar; Arteaga, Oscar e Irene Schiattino. “Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al Centro de Salud de Acatenango, Guatemala”. En Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 7 (2). 2003

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del Problema

En el ámbito internacional, según Irma Arriagada (2005): Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana, las autoridades resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante.

En segundo orden de importancia, las autoridades de Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario (Costa Rica, Ecuador). En este ámbito se resalta el problema de la demanda insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador). Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras.

Por tales razones, la sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante en países como Brasil, Costa Rica, Nicaragua, y República Dominicana. Este problema también es

mencionado en tercer lugar por las autoridades de Bolivia. En Chile, Ecuador y Panamá se asigna esta misma posición al déficit de recursos, incluidos los recursos humanos (El Salvador, Chile, Perú), que parece corresponder a otra característica general en lo que respecta a carencias concretas de los sistemas de salud de la región³.

En el Ámbito Nacional, según el documento Política Nacional del Salud 2002-2012 (2009), el proceso de formación de política pública se instaló tardíamente en el Perú y bajo la modalidad de la planificación sanitaria como sucedió en muchos países en desarrollo. Durante el periodo 1995-2000 se define como visión-objetivo “Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad”. El contenido de esta visión se concreta en la afirmación de avanzar hacia un sector “organizado en función del usuario, refundado en su ética y cultura organizacional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio”. Esta visión traduce su inicial interés por el desarrollo de la calidad en los lineamientos de política del periodo, preferentemente en el tercero: “Reestructurar el sector salud en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de salud”.⁴

Posteriormente, los lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 realizan un importante avance conceptual al definir como uno de los principios de la política de salud la “calidad de la atención como derecho ciudadano”, sin embargo, no se avanza en analizar a profundidad las implicancias de este principio⁵.

En el documento técnico “Lineamientos y medidas de reforma del sector salud del 2013” se propone la implementación del Sistema Nacional de Garantía de la calidad en los establecimientos públicos y privados del sector, justificándose de esta forma: La elevada heterogeneidad de la capacidad de respuesta del sistema de salud se

³ Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda, “Políticas y Programas de Salud en América Latina: Problemas y Propuestas” División de Desarrollo Social, Naciones Unidas, Diciembre 2005

⁴ Política Nacional de Calidad en Salud: Documento Técnico (R.M. Nro 727-2009/Minsa). Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Lima, MINSA, 2009

⁵ MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006.

encuentra extendida en todos sus componentes, y en todos los niveles de atención. Esta situación se acompaña de no predictibilidad del desempeño del sistema de salud, y por consiguiente, de su inadecuada efectividad en las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Dicha situación se encuentra asociada a la insuficiente articulación de las unidades subsectoriales que en los últimos años han buscado llevar adelante políticas de calidad de alcance institucional. En lo referido al MINSA, la emergencia de una agenda explícita de calidad en aspectos prestacionales y gerenciales como parte de su responsabilidad del Estado recién data del año 2001. Aun así, se siguen mostrando limitaciones en los ámbitos de desarrollo normativo, así como disponibilidad de recursos suficientes, tanto financieros como humanos para conseguir una adecuada satisfacción de la ciudadanía respecto de lo que el sistema de salud peruano le ofrece.⁶

Según Manuel Civera, en los últimos años, el estudio de la satisfacción del usuario respecto a los servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente, tanto para el marketing como para la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad.⁷

Para Alvarado y Vera, en la formulación de políticas sanitarias, el nivel de satisfacción de los pacientes gana terreno día con día: “El estudio del grado de satisfacción de los pacientes tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la calidad de la atención y es útil para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento de los sistemas de salud. De igual forma, el grado de

⁶ MINSA. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud. Documento técnico. Julio 2013

⁷ Manuel Civera Satorres. “Análisis de la Relación entre la Calidad y Satisfacción en el Ámbito Hospitalario en función del Modelo de Gestión establecido” [Tesis Doctoral] Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas.

satisfacción de los pacientes se ha relacionado con la efectividad de la atención médica.”⁸

En el Perú, se ha venido implantando el enfoque de la Calidad Total en los servicios de salud, como una alternativa que reoriente las estrategias de atención de salud, considerando no sólo la necesidad de ampliar la cobertura, sino implementar mecanismos que aseguren una prestación de servicios del más óptimo nivel; conociendo que la Gestión de la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo de la Calidad son estrategias de dimensión social cuyo objetivo es satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, pacientes y usuarios del servicio.⁹

Es así que las instituciones prestadoras de salud han implementado programas que velan por la calidad y la satisfacción del usuario. Se ha invertido recursos en busca de mejoras de la calidad de atención y se ha logrado alcanzar diversos grados de desarrollo. Sin embargo, a pesar de las iniciativas administrativas, la realidad en la práctica clínica es distinta. El esfuerzo en las instituciones en materia de calidad aún resulta insuficiente y/o no es percibido por el usuario. Los hospitales del sector público a nivel nacional enfrentan una realidad de descontento por parte de los usuarios.

A pesar de estos esfuerzos, el documento de Política Nacional de Calidad en Salud señala que “pese a no contarse en el país con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, a la luz de resultados parciales del proceso de autoevaluación de la atención materno-perinatal y en menor grado de otros tipos de atenciones, es posible colegir que, no obstante los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio. Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados anualmente por la Universidad de Lima donde se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir

⁸ Alvarado, Rubén y Aldo Vera. “Evaluación de la Satisfacción de Usuarios de Hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile”. En Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 5 (2-3), 2001.

⁹ Carmen Lucía Liza Gonzáles. “Percepción de la Calidad de atención en Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima en el Cono Norte” [Tesis Doctoral]

descendiendo, tanto para los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), como para los de EsSalud.” En 2004 poco más de 80% de los usuarios declaró estar “satisfecho” o “muy satisfecho” con los servicios recibidos por la seguridad social, cifra que aumentó a 93.6% en 2007. Este último año, 88.5% de los encuestados declaró como “mejores” los servicios ofertados por Empresas Prestadoras de Salud que los de EsSalud porque ofrecen una buena y rápida atención y medicinas de calidad.¹⁰

Actualmente, dichas deficiencias se manifiestan en el reconocimiento de:

1. Largo tiempo de espera en la atención (67%).
2. Insuficiente disponibilidad de medicamentos (39%)
3. Lejanía del establecimiento de salud y demora en la atención (15%)
4. Falta de tiempo, o maltrato del personal de salud (27.8%)

Así mismo evaluaciones puntuales sobre calidad técnica, mostraron que 11%, de pacientes sufren un daño involuntario como consecuencia de la atención en salud y que 58.8% de estos eventos adversos son evitables.

Del lado de los propios trabajadores del sector la situación revela una proporción elevada de insatisfacción en el trabajo (73.1%), asociado a situaciones inadecuadas: bajas remuneraciones, escaso reconocimiento y limitadas posibilidades de innovación.⁶

El Resumen Ejecutivo – Informe de Salud de Integración 2013, reporta que apenas el 14% de los peruanos se siente satisfecho con la calidad de servicios brindados en su ciudad, y que el mayor problema (48%) asociado es la mala atención y el maltrato a los pacientes, etiquetado como Empatía en las dimensiones de calidad. En segundo lugar se ubica la falta de abastecimiento de medicamentos genéricos (22%), seguida de la escasez de doctores. Según Social Progress Indez, el Perú ocupa el puesto 44 en el ranking de 50 países cuyos pobladores refieren estar satisfechos con la calidad de atención en salud que recibieron en su ciudad. En junio del 2013, la Defensoría del Pueblo publicó el Informe Defensorial Nro. 161, el cual realizó una supervisión a 173 hospitales en las 25 regiones del Perú; en ella se encontró que 35%

¹⁰ Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. “Sistema de Salud del Perú” Revista Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S243-S254.

de los hospitales inspeccionados no contaba con anuncios de orientación para la atención del usuario, 50% no tenía a su persona; debidamente identificado y 18% de hospitales no contaba con servicios higiénicos limpios ni rampas de acceso. Adicionalmente, el 66% del personal de salud entrevistado consideró como insuficientes los ambientes destinados para la atención de emergencias y también se demostró que 24% de hospitales no había implementado medidas preventivas contra la TBC.¹¹

En el ámbito institucional, el Hospital Militar Central es un organismo regido por el MINSA, por lo que en lo referente al tema, se aplican las Normas y Directivas vigentes sobre calidad de atención y si bien es cierto, existe una oficina de Gerencia de Calidad encargada de éstos temas, urge la necesidad de investigar la apreciación particular del paciente-usuario sobre la calidad del servicio.

Así también, existen estudios sobre Calidad percibida y Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud, realizados en los distintos hospitales tanto del MINSA como de ESSALUD, como en Centros de Salud, abocados a estudiar la percepción de calidad de los servicios de Consulta Externa y de Emergencia, pero no se ha estudiado externamente los servicios del Hospital Militar Central. Y precisamente, uno de los problemas observados en nuestra experiencia como estudiantes e internos, es el malestar que expresan los usuarios de Emergencia y sus familiares por la atención que reciben. La información expresada en forma espontánea por los usuarios estuvo referida a la demora en la atención, a la escasa información otorgada por el médico sobre su enfermedad, al desgano del personal de salud para la atención, a la falta de medicamentos en la farmacia de emergencia, entre otros.

Por lo mencionado previamente, este trabajo constituirá un medio de diagnóstico de la satisfacción del usuario, externo a la institución, y permitirá conocer el sentir de los pacientes, con la finalidad de corregir errores o replantear estrategias que nos permitan alcanzar mejores niveles de calidad.

¹¹ [MINSA] Resumen Ejecutivo Informa de Salud. Integración 2013

1.2. Formulación del problema

¿Es adecuada la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, febrero - 2014?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.

1.3.2. Objetivos Específicos

- A. Evaluar los aspectos tangibles de la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.
- B. Determinar la fiabilidad de la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.
- C. Investigar la sensibilidad de la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.
- D. Determinar la seguridad de la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.
- E. Evaluar la empatía de la calidad de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.

1.4. Justificación del Problema

Los programas de salud tienen como meta el ofrecer atención de calidad, actualmente varias tendencias convergen para asignar una alta prioridad a la calidad. Tanto programas como profesionales de salud procuran ofrecer mejor atención a más personas, así como atraer a nuevos clientes, quienes cada vez son más incrédulos, informados y preocupados por la calidad de la atención recibida, que en el pasado.

Las teorías de administración y los métodos para garantizar una alta calidad, ideados en un inicio en la industria con el objetivo de prestar mejores servicios al cliente, están siendo aplicados al campo de la salud. Hoy en día los programas de

salud en el mundo entero combinan las estrategias convencionales para controlar la calidad en el campo de la medicina, tales como requerir licencias, ámbito estándar y acreditación, con las filosofías industriales para el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y la Total Quality Management (TQM-Administración Total de la calidad). Así, el movimiento de calidad es amplio, diverso y evolutivo y sin embargo ya se cuenta con el conocimiento y experiencia para adaptar los conceptos a los servicios de salud; más aún, es evidente que la mejoría de la calidad no tiene que costar mucho dinero, y de hecho, suele ser un proceso rentable.

La satisfacción de los usuarios externos, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario.¹²

La satisfacción del paciente constituye una medida del resultado de la asistencia sanitaria que ha sido relacionada directamente con la mejora del cumplimiento terapéutico del paciente, del empleo de seguridad social o de la continuidad de cuidados.¹³

Existen tres razones para considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.³

¹² Emilio Cabello, Jesús L. Chirinos. “Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud” *Revista Médica Herediana* 2012; 23(2); 88-95

¹³ T. Dierssen-Sotos, P. Rodríguez-Cundín, M. Robles-García, V.Brugos-Llamazares, I. Gómez-Acebo, J. Llorca. “Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria” *An. Sist. Sanit. Navar.*2009, Vol. 32, Nro 3.

Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes, se ha generalizado hasta el punto de modificar la definición de calidad. Vuori considera que si los pacientes son personas racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios.⁷

En nuestra ciudad, no existen estudios externos que determinan la calidad de atención basándose en la satisfacción de los usuarios en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central. Este estudio adquiere importancia, porque permitirá determinar los puntos débiles del servicio brindado, y en consecuencia, la planificación de estrategias de mejoras de la calidad, resultando beneficioso para la institución, el personal de salud y fundamentalmente para los usuarios.

Así también, el presente estudio revalorizará al paciente como constructor activo del sistema de salud, dándole autonomía y participación; y contribuirá como medio diagnóstico de la calidad de servicio recibido.

1.5. Definición de términos

1.5.1. Usuario: Todo paciente mayor de 13 años que hace uso del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central. Las personas responsables de pacientes que no puedan responder por su estado de salud, sufrir una enfermedad psiquiátrica o tener alguna limitación orgánica.

1.5.2. Salud: Estado de completo bienestar físico, mental, social y ecológico; no necesariamente la ausencia de enfermedad.¹⁴

1.5.3. Enfermedad: Cualquier desviación o interrupción de la estructura normal o función de cualquier parte, órgano o sistema (o combinación de los mismos) del cuerpo que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos.¹⁵

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. 1946

¹⁵ Diccionario Médico Ilustrado de Dorland. 28th ed., Phila, Saunders, 1994

1.5.4. Grado de instrucción: Nivel de instrucción más alto logrado por el paciente.

1.5.5. Calidad de Atención en Salud: Es medida en base a la satisfacción del usuario. Se considera Calidad adecuada cuando el usuario se encuentra satisfecho con el servicio brindado, y Calidad deficiente cuando el usuario se encuentra insatisfecho con el servicio brindado¹².

1.5.6. Dimensiones de Calidad: Por lo general se describe un servicio o producto en términos de varias características en las que los clientes basan sus opiniones. Usamos el término dimensiones de la calidad para describir estas características importantes.¹⁰ Son 5:

- Aspectos tangibles: apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de Respuesta: Disposición para ayudar a los usuarios y brindarles un servicio rápido.
- Seguridad: conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.
- Empatía: muestra interés y nivel de atención individualizada.

1.5.7. Indicadores: Son oraciones enunciativas específicas, que describen un caso particular relacionado a la dimensión de la calidad que representa. Estas aseveraciones pueden referirse a una tarea o comportamiento específico realizado por el personal de salud dentro del proceso, o son un ejemplo particular que ilustran de forma significativa cada dimensión.

1.5.8. Escala de Likert: Una escala, es un instrumento diseñado para asignar un puntaje numérico que coloque a los sujetos en un continuo respecto al atributo que medirá. El propósito de las escalas es distinguir de manera cuantitativa a las personas con diferentes actitudes, percepciones, motivos y necesidades. Así como un termómetro tiene una escala para la diferenciación cuantitativa en dos temperaturas, una escala trata de distinguir entre individuos que tienen actitudes más o menos favorables

hacia algún concepto.¹⁶ R.A. Likert (1932) creó un procedimiento de graduación en el cual la escala representa un continuo bipolar. El formato tipo Likert está diseñado para permitir a los clientes responder en grados variables a cada elemento que describe el producto o servicio.¹⁰

La ventaja de usar el formato Likert se refleja en la variabilidad de puntuaciones que resultan de la escala. Si la dimensión de calidad está representada en nuestro cuestionario, permitiremos a los clientes expresar el nivel de su opinión respecto al servicio o producto recibido en vez de restringirlo a una respuesta de sí o no. Desde la perspectiva estadística, las escalas con dos opciones de respuesta tienen menos confiabilidad que las que ofrecen cinco. La confiabilidad se equilibra después de los cinco de la escala, lo que señala que hay una utilidad progresiva mínima cuando se usan más de cinco puntos.¹⁶ Recomendamos utilizar una escala numérica del 1 al 7, donde el 1 era la menor calificación y 7 la máxima calificación, mostrando tener mejor entendimiento y aceptación¹².

¹⁶ María Luz Mamani Macedo, “Calidad de Atención Percibida por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2011” [Tesis Doctoral: Doctor en Ciencias de la Salud].UNMSM. Lima 2012

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Locales:

“Calidad de Atención Percibida por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- 2011”, de Magister María Luz Mamani Macedo, Lima-2012.¹⁶

Estudio de diseño cuantitativo, tipo descriptivo y corte transversal, utilizó el instrumento SERVQUAL modificado con 17 ítems, que mide el nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados mediante la diferencia de las percepciones menos las expectativas en cinco dimensiones de la calidad: elementos tangibles, confiabilidad, respuesta rápida, seguridad y empatía. El diseño, planificación, ejecución y análisis de la investigación se realizó del 2010 al 2011, con una muestra de 202 pacientes a quienes se encuestó en días seleccionados aleatoriamente entre los meses de agosto y octubre del 2011. Los resultados fueron: el 83.6% de los pacientes manifestó insatisfacción global, con predominio de insatisfacción leve-moderada, y sólo el 16.4% mostró satisfacción. De las cinco dimensiones de la calidad, la de mayor grado de insatisfacción fue confiabilidad (85.2%), seguida de aspectos tangibles (84.3%). La satisfacción fue mayor en la dimensión seguridad y empatía. En conclusión, la calidad de atención es deficiente, la insatisfacción percibida por los pacientes hospitalizados en emergencia del HNGAI fue muy alta.

“Determinación de la Calidad de Atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Essalud Vitarte” de Luis Enrique Podestá Gavilano, Lima-Perú 2012.¹⁷

Estudio descriptivo correlacional, no experimental, de enfoque cuantitativo y con uso de método deductivo cuyo objetivo general fue determinar la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Essalud Vitarte. Usó la encuesta SERVQUAL adaptada a Salud. La población estuvo constituida por 15'954 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital Essalud Vitarte de Lima durante los años 2010 y 2011, de los que se obtuvo una muestra probabilística de 1000 pacientes. Como conclusión principal se demostró que se deben establecer criterios consensuados que permitan el diseño de un modelo de gestión integral de la lista de espera quirúrgica, que abarque desde la indicación quirúrgica hasta la resolución del proceso.

2.1.2. Nacionales:

“Percepción de calidad en la atención que tienen los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante enero 2011” de Coaquira Alania Jorge Paulo.¹⁸

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. El autor realizó una encuesta validada por el Ministerio de Salud (2002), con 16 preguntas orientadas a la satisfacción y percepción de la calidad en la atención, a 379 usuarios externos del servicio de Emergencia. Se concluye que la percepción de satisfacción por parte de los usuarios es de 71% y que un 29% de usuarios presentaron

¹⁷ Luis Enrique Podestá Gavilano, “Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital Essalud Vitarte” [Tesis de Grado Profesional] UNMSM, Lima – Perú, 2012.

¹⁸ Coaquira-Alania, Jorge Paulo. “Percepción de calidad en la atención que tienen los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante enero 2011”. [Tesis de Grado Profesional] Universidad Jorge Basadre Grohoman, 2011.

insatisfacción; el 79,3% de usuarios manifestaron recibir buen trato; el 76% de usuarios consideran que se les brindó confianza para expresar su problema durante la consulta; el 25% de pacientes no encuentra respeto en la atención; y existe un gran descontento en cuanto a la claridad de las indicaciones, la medicación y los exámenes auxiliares a realizarse.

“Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque, Octubre-2010” por Niño-Effio BS., Perales-Carrasco JC., Chavesta-Manrique XC., Leguía-Cerna JA., Díaz-Vélez C.¹⁹

Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal cuyo objetivo fue evaluar la calidad de servicio según el grado de satisfacción del usuario de consulta externa del hospital nacional Alanzor Aguinaga Asenjo. Se empleó la encuesta SERVQUAL modificada a una muestra de 106 personas. El nivel de satisfacción se determinó calculando la diferencia entre las respuestas para las expectativas y las percepciones; <0 =satisfacción amplia; 0 =satisfacción; >0 y ≤ 2 =insatisfacción leve/moderada; >2 =insatisfacción severa. Se halló una insatisfacción global de 89,80% e insatisfacción en las dimensiones de la calidad: confiabilidad (88%), tangibles (81,50%), seguridad (47,66%), respuesta rápida (84,30%) y empatía (80,50%); por lo que se concluye que existe insatisfacción en cuanto a la calidad de servicio de consulta externa, según la percepción del usuario.

“Percepción de la calidad de atención por el usuario externo en el centro de salud San Francisco en el Distrito Gregorio Albarracín

¹⁹ Niño-Effio BS., Perales-Carrasco JC., Chavesta-Manrique XC., Leguía-Cerna JA., Díaz-Vélez C. “Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque, Octubre-2010” Rev. Cuerpo Médico HNAAA 5(1), 2012.

Lanchipa de Tacna en el año 2011” de Cabanillas Vargas Telma Talía.²⁰

Estudio de investigación descriptivo-observacional, de corte transversal y de tipo prospectivo. Utilizó una encuesta de 36 preguntas del método SERVQUAL. La muestra estuvo constituida por 389 usuarios anónimos, elegidos aleatoriamente. Se determinó la satisfacción de los usuarios en las cinco dimensiones de la calidad. En cuanto a Tangibles, el 53,8% manifestó insatisfacción severa, el 46,2% manifestó insatisfacción leve a moderada y ningún paciente manifestó algún grado de satisfacción; en cuanto a Confiabilidad, el 42% presentó insatisfacción severa, el 57,8% presentó insatisfacción leve a moderada y sólo el 0,3% manifestó satisfacción; en cuanto a Respuesta Rápida, un 62% manifestó insatisfacción leve a moderada, un 37,7% insatisfacción severa y sólo el 0,3% manifestó satisfacción; en cuanto a Seguridad, el 75,5% presentó insatisfacción leve a moderada, el 24,5% presentó insatisfacción severa y ningún paciente manifestó satisfacción; y en cuanto a Empatía, el 35,1% presentó insatisfacción severa, el 64,4% presentó insatisfacción leve a moderada y sólo el 0,5% manifestó satisfacción.

2.1.3. Internacionales:

“Calidad y Satisfacción en el Servicio de Urgencias Hospitalarias: Análisis de un Hospital de la Zona Centro de Portugal” de Correa Loureiro y Miranda Gonzáles, Portugal - 2009.²¹

²⁰ Cabanillas-Vargas, Telma Talía. “Percepción de la calidad de atención por el usuario externo en el centro de salud San Francisco en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna en el año 2011” [Tesis de Grado Profesional] Universidad Privada de Tacna, 2011.

²¹ Correa Loureiro S.M., Miranda Gonzáles F. J. “Calidad y Satisfacción del Servicio de Urgencias Hospitalarias: Análisis de un Hospital de la Zona Centro de Portugal” Portugal, 2009 Investigaciones Europeas, Vol. 16, Nº 2, 2010, pp. 27-41

La calidad en los servicios de salud ha sido discutida en varias organizaciones que se comprometen a desarrollar programas y acciones capaces de atender las expectativas de sus pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias de la Zona Centro de Portugal. Para ello, se aplicó la metodología de mínimos cuadrados parciales (PLS) a un modelo estructural construido con las variables indicadas. Los resultados permiten constatar que la imagen y reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas. Esta confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida. La satisfacción del paciente sí que contribuye a incrementar la lealtad al centro. Además, la alta dirección del hospital debe concienciarse de la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorar la organización del diagnóstico inicial de los pacientes y de mostrar una preocupación real con el bienestar de sus pacientes como única forma de lograr incrementar su nivel de satisfacción y la confianza en el servicio de urgencias.

“Análisis de la satisfacción del usuario en Centros de Salud del Primer Nivel de Atención en la Provincia de Córdoba, Argentina” de Acosta L, Burrone MS, Lopez de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, Didoni M, Jure H, Acevedo G, Estario JC, Fernández AR. Argentina - 2011.

Estudio cuyo objetivo fue identificar el nivel de satisfacción de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba. Se implementó encuestas a los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba indagando acerca de aspectos sociodemográficos, tipo de asistencia sanitaria, motivo de consulta, accesibilidad y opinión general de la atención recibida. Se encontró que el acceso geográfico fue considerado aceptable por los encuestados al igual que el tiempo de

espera y las condiciones edilicias. El desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el centro de salud fueron factores valorizados por los encuestados. Se concluye que el análisis de la satisfacción de los destinatarios de los centros de salud es importante para proporcionar información válida para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos sanitarios.²²

2.2. Marco teórico

2.2.1. Servicios de Salud²³:

Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (Kerr y Trantow, 1969).

La demanda de los servicios de salud tiene varias particularidades que deben ser observadas para comprender su esencia:

- El servicio de salud responde a una necesidad de los individuos, más que a los propios deseos de tener más o mejor salud, por esto cada

²² Acosta L., Burrone MS., López de Neira MJ., Lucchese M., Cometto C., Ciuffolini B., Didoni M., Jure H., Acevedo G., Estario JC., Fernández AR. “Análisis de la satisfacción del usuario en Centros de Salud del Primer Nivel de Atención en la Provincia de Córdoba, Argentina” Rev. Elect. Enfermería Global, Vol.10 Nro.1. (2011).

²³ Losada-Otálora, Mauricio; Rodríguez-Orejuela, Augusto. “Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del *Marketing*” Cuad. Adm. Bogotá (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre, 2007.

persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga, y no tantos como esté dispuesto a pagar (Agudelo, 2006).

- La incertidumbre afecta al mercado: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos, y éstos no pueden predecir con toda certeza los resultados de un tratamiento (Iñiguez, 2005).
- Existe una gran asimetría de información que genera que el consumidor sea “totalmente” dependiente de los médicos y que no permite que el consumidor observe completamente la calidad del servicio.
- El sistema de salud posee elementos que limitan en el usuario y en el médico las consideraciones con respecto al costo de sus actividades (Iñiguez, 2005).
- A diferencia del intercambio comercial, el individuo raramente recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio. Además, en la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse, debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, tratamiento y su eficacia (Rothschild, 1999).
- La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar. Esto dificulta la medición de la calidad de los servicios de salud, dada su intangibilidad, heterogeneidad, percibibilidad e inseparabilidad (Castaño, 2005).

2.2.2. Calidad:

2.2.2.1. Concepto:

La calidad es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente

tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho o producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.

La calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del producto o servicios superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana mostrando cierto interés por parte de la empresa de mantener la satisfacción del cliente. Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de calidad son:

- Norma ISO 9000: “Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”
- Real Academia de la Lengua Española: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”
- Philip Crosby: “Calidad es cumplimiento de requisitos”
- Joseph Juran: “Calidad es adecuación al uso del cliente”
- Armand V. Feigenbaum: “Satisfacción de las expectativas del cliente”
- Genichi Taguchi: “Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido”
- William Edwards Deming: “Calidad es satisfacción del cliente”

- Walter A. Shewhart: “La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece)”.

Nunca se debe confundir la calidad con niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con la obtención regular y permanente de los atributos del bien ofrecido que satisfaga a los clientes para los que ha sido diseñado.

2.2.2.2. Historia de la Calidad:

A lo largo de la historia el término “calidad” ha sufrido numerosos cambios que conviene reflejar en cuanto a su evolución histórica.

| ETAPA | CONCEPTO | FINALIDAD |
|------------------------|---|---|
| Artesanal | Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello. | -Satisfacer al cliente -Satisfacer al artesano por el trabajo bien hecho -Crear un producto único |
| Revolución Industrial | Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad) | -Satisfacer una gran demanda de bienes -Obtener beneficios |
| Segunda Guerra Mundial | Asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad) | -Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento precisos |
| Postguerra (Japón) | Hacer las cosas bien a la primera | -Minimizar costes mediante la calidad -Satisfacer al cliente |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| | | -Ser competitivo |
| Postguerra (resto del mundo) | Producir, cuanto más, mejor. | -Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra |
| Control de calidad | Técnicas de inspección en producción para evitar la salida de bienes defectuosos | Satisfacer las necesidades técnicas del producto |
| Aseguramiento de la Calidad | Sistemas y procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos. | -Satisfacer al cliente -Prevenir errores -Reducir costes -Ser competitivo |
| Calidad Total | Teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente. | -Satisfacer tanto al cliente externo como interno -Ser altamente competitivo -Mejora continua |

Esta evolución nos ayuda a comprender de dónde proviene la necesidad de ofrecer una mayor calidad del producto o servicio que se proporciona al cliente y, en definitiva, a la sociedad; y cómo poco a poco se ha ido involucrando toda la organización en la consecución de este fin. La calidad no se ha convertido únicamente en uno de los requisitos esenciales del producto, sino que en la actualidad es un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones no solo para mantener su posición en el mercado, sino incluso para asegurar su supervivencia.

2.2.2.3. Modelo Europeo de la Excelencia: La Autoevaluación

En la década de los 80 y ante el hecho de que la Calidad se convirtiese en el aspecto más competitivo en muchos mercados, se constituye la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), con el fin de reforzar la posición de las empresas europeas en el mercado mundial impulsando en ellas la Calidad como factor estratégico clave para lograr una ventaja competitiva global.

Siendo el reconocimiento de los logros uno de los rasgos de la política desarrollada por la EFQM, en 1992 se presenta el Premio Europeo a la Calidad para empresas europeas. Para otorgar este premio, se utilizan los criterios del Modelo de Excelencia Empresarial, o Modelo Europeo para la Gestión de Calidad Total, divididos en dos grupos: Los cinco primeros son los Criterios Agentes, que describen cómo se consiguen los resultados (debe ser probada su evidencia); los cuatro últimos son los Criterios de Resultados, que describen qué ha conseguido la organización (deben ser medibles). Los nueve criterios son los siguientes:

- a. Liderazgo. Cómo se gestiona la Calidad Total para llevar a la empresa hacia la mejora continua
- b. Estrategia y planificación. Cómo se refleja la Calidad Total en la estrategia y objetivos de la compañía.
- c. Gestión del personal. Cómo se libera todo el potencial de los empleados en la organización.
- d. Recursos. Cómo se gestionan eficazmente los recursos de la compañía en apoyo de la estrategia.
- e. Sistemas de calidad y procesos. Cómo se adecúan los procesos para garantizar la mejora permanente de la empresa.

- f. Satisfacción del cliente. Cómo perciben los clientes externos de la empresa sus productos y servicios.
- g. Satisfacción del personal. Cómo percibe el personal la organización a la que pertenece.
- h. Impacto de la sociedad. Cómo percibe la comunidad el papel de la organización dentro de ella.
- i. Resultados del negocio. Cómo la empresa alcanza los objetivos en cuanto al rendimiento económico previsto.

Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Autoevaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

2.2.2.4. Principios de Calidad

Para ser competitiva, toda empresa debe aplicar los principios básicos de calidad. Son ocho los propuestos por el Ing. Humberto Cárdenas Sierra²⁴:

- Enfoque al cliente: El cliente satisfecho representa ganancias y más trabajo, antes lo que menos importaba era dejar a un cliente satisfecho, ahora esa es la prioridad, nos referimos a rebasar las expectativas de lo que busca.
- Liderazgo: Todas las empresas necesitan líderes que muevan masas, las ideologías de un líder deben de traer beneficios para todos.

²⁴ Ing. Humberto Cárdenas Sierra, “Gestión de Calidad”. Curso On-line [<http://gestion-de-la-calidad.wikispaces.com/file/view/gestion-calidad.pdf>]

- Participación del personal: El personal muchas veces es de quien se pueden obtener las mejores ideas ya que son ellos quienes están directamente en las áreas de trabajo, de hecho, un alto mando que no sabe escuchar deja de ser un líder.
- Enfoque de procesos: Ahora la gran empresa debe subdividirse en varios procesos los cuales tienen que llevar su propio control, al hacer esto tomaremos cada área como una “pequeña empresa” la cual si desde el principio está mal organizada, la cadena llevará a entregar un producto final de mala calidad.
- Enfoque de sistemas: Después de dividir a la organización, ahora debemos de unir correctamente los eslabones entre cada área para ver todos los subsistemas como un macrosistema.
- Mejora continua: La mejora continua es algo intangible que la organización debe de comprender y llevar de forma correcta para darle valor agregado a esta importante actividad, es mejorar de forma interminable sin estancarse.
- Toma de decisiones basadas en hechos: Toda decisión que impacte en la calidad del producto debe ser tomada **ante un hecho previo** que me garantice o al menos reduzca la probabilidad de un error.
- Relación beneficiosa con proveedores: Asegura que la materia prima para entregar un producto final es de calidad y cumple con los requisitos del cliente.

2.2.2.5. Principios de Deming:

Hoy en día siguen vigentes los principios gerenciales dados por el Dr. William E. Deming, que fueron pilar para el desarrollo de la calidad y permitió a países como Japón posicionarse sobre países destacados por su competitividad, originada principalmente por la calidad de sus productos de exportación. Son catorce:

- Constancia en el propósito de mejorar productos y servicios.

“Una nueva y radical definición de la función de una empresa: más que hacer dinero, es mantenerse en el negocio y brindar empleo por medio de la innovación, la investigación, la mejora constante y el mantenimiento”.

- Adoptar la nueva filosofía

“Hoy día se tolera demasiado la mano de obra deficiente y el servicio antipático. Necesitamos una nueva religión en la cual los errores y el negativismo sean inaceptables”.

- No depender más de la inspección masiva.

“Las empresas típicamente inspeccionan un producto cuando este sale de la línea de producción o en etapas importantes del camino y los productos defectuosos se desechan o se reelaboran. Una y otra práctica son innecesariamente costosas, en realidad la empresa le está pagando a los trabajadores para que hagan defectos y luego los corrijan. La calidad NO proviene de la inspección, sino de la mejora del proceso”

- Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio.

“Los departamentos de compra suelen funcionar siguiendo la orden de buscar al proveedor de menor precio y esto frecuentemente conduce a producciones de mala calidad. En lugar de ello, los compradores deben buscar la mejor calidad en una relación de largo plazo con un solo proveedor para determinado artículo”

- Mejorar continuamente y por siempre los sistemas de producción y servicio.

“La mejora no es un esfuerzo de una sola vez. La administración está obligada a buscar constantemente maneras de reducir el desperdicio y mejorar la calidad”

- Instituir la capacitación en el trabajo.

“Con mucha frecuencia a los trabajadores les enseñan su trabajo, otros trabajadores que nunca recibieron una buena capacitación. Están obligados a seguir instrucciones ininteligibles. No pueden cumplir bien su trabajo porque nadie les dice cómo hacerlo. (...) La organización debe: determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del producto, proporcionar información o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades, evaluar la eficacia de las acciones tomadas, y asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.

- Instituir el liderazgo.

“La tarea del supervisor no es decirle a la gente qué hacer, ni castigarla, sino dirigirla. Dirigir consiste en ayudarle al personal a hacer un mejor trabajo y en aprender por métodos objetivos quién necesita ayuda individual. (...) Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización”

- Desterrar el temor.

“Muchos empleados temen hacer preguntas o asumir una posición, aun cuando no comprendan cuál es su trabajo, ni qué está saliendo bien o mal. Seguirán haciendo las cosas malo sencillamente no las harán. Las pérdidas económicas a causa del temor son terribles. Para garantizar mejor calidad y más productividad es necesario que la gente se sienta segura”

- Definir las barreras que hay entre áreas de staff.

“Muchas veces los departamentos o las unidades de la empresa computen entre sí o tienen metas que chocan. No

laboran como equipo para resolver o prever los problemas, y peor todavía, las metas de un departamento pueden causarle problemas a otro”

- Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral.

“Estas cosas nunca le ayudaron a nadie a desempeñar bien su trabajo. Es mejor dejar que los trabajadores formulen sus propios lemas”

- Eliminar las cuotas numéricas.

“Las cuotas solamente tienen en cuenta los números, no la calidad ni los métodos. Generalmente son una garantía de ineficiencia y alto costo. La persona, por conservar el empleo, cumple la cuota a cualquier costo, sin tener en cuenta el perjuicio para su empresa”

- Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce un trabajo bien hecho.

“La gente desea hacer un buen trabajo y le mortifica no poder hacerlo. Con mucha frecuencia los supervisores mal orientados, los equipos defectuosos y los materiales imperfectos obstaculizan un buen desempeño. Es preciso remover estas barreras”

- Establecer un vigoroso programa de educación y entrenamiento.

“Tanto la administración como la fuerza laboral tendrán que instruirse en los nuevos métodos, entre ellos el trabajo en equipo y las técnicas estadísticas”

- Tomar medidas para lograr la transformación.

“Para llevar a cabo la misión de la calidad, se necesitará un grupo especial de la alta administración con un plan de acción. Los trabajadores no pueden hacerlo solos y los administradores tampoco. La empresa debe contar con una

masa crítica de personas que entiendan los catorce puntos, las 7 enfermedades mortales y los obstáculos”

2.2.2.6. Calidad de Servicios de Salud:

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente.²⁵ Además, existen otros conceptos de calidad, en función de otros puntos de vista.

| Calidad Objetiva | Calidad Subjetiva |
|---|---|
| Visión interna de la calidad | Visión externa de la calidad |
| Enfoque de producción/oferta | Enfoque de marketing/demanda |
| Adaptación a especificaciones preestablecidas. | El usuario es auténtico juez de la calidad. |
| Prestación sin errores, reduciendo costos y evitando desviaciones respecto al estándar establecido. | Habilidad de la empresa para determinar las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios. |
| Adecuada para actividades estandarizadas. | Actividades de elevado contacto con el usuario. |

John Tschoh²⁶ define la Calidad de Servicio como la orientación que siguen todos los recursos y empleados de una empresa para lograr la satisfacción de los clientes; esto incluye a todas las personas que trabajan en la empresa, y no solo a las que tratan personalmente con los clientes o los que se comunican con ellos por medio del teléfono, fax, carta o de cualquier forma.

Servicio es vender, almacenar, entregar, pasar inventarios, comprar, instruir al personal, las relaciones entre los empleados, los ajustes, la correspondencia, la facturación, la gestión del crédito, las

²⁵ Organización Panamericana de la Salud “Programa de Garantía y mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud en América Latina y El Caribe” Washington, D.C: OPS; 1999

²⁶ John Tschohl, “Achieving Excellence Through Customer Service” , 2008, USA

finanzas y la contabilidad, la publicidad, las relaciones públicas y el procesamiento de datos. En todas las actividades realizadas por cualquier empleado de una empresa existe un elemento de servicio, ya que en última instancia, todas ellas repercutirán en el nivel de calidad percibido o real, de los productos comprados o servicios recibidos por los clientes.

En términos de servicios de salud, la calidad se ha conceptualizado desde por lo menos, dos enfoques²¹:

- El primero, de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad de los servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica y los objetivos deseables se refieren a un estado apropiado de salud, relegando la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que reciben.
- El segundo, de Grönroos (1984) y Vandamme y Leunis (1993), que sostiene que la percepción de un paciente sobre la percepción del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre la calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella.

Héctor Aguirre define calidad de servicios de salud como “Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendente a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”, concepto del que se pueden deslindar otros²⁷:

²⁷ Aguirre-Gas, Héctor Gerardo. “Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica” *Cir Ciruj.* Vol 76, No 2, 187-196. Marzo-Abril 2008. www.medigraphic.com

- Oportunidad: Considera el compromiso de otorgar la atención médica en el momento que el paciente la necesita, sin tiempos de espera no justificados y sin diferimientos.
- Competencia profesional del personal de salud congruente con las necesidades de salud de los pacientes atendidos, incluye su calidad científico-técnica determinada por sus conocimientos y habilidades que le permitan actuar y resolver situaciones imprevistas.
- Seguridad en el proceso de atención, implica la ausencia de daño como consecuencia de la atención; una atención confiable, y libre de riesgos y eventos adversos.
- Respeto a los principios éticos de la práctica médica. Considerar los principios de beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, solidaridad, honestidad y justicia.
- Satisfacción de las necesidades de salud del paciente, en congruencia con sus condiciones particulares y su enfermedad. Desde el enfoque de la salud pública, la calidad de la atención incluye cobertura de la población, disminución de la morbilidad, disminución de la mortalidad e incremento del tiempo y calidad de vida; tomando en cuenta los tres niveles de prevención.
- Satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares) con los resultados de la atención y con la calidad del servicio recibido. Para lo que se debe tener en cuenta la accesibilidad de los servicios, la oportunidad de la atención, las instalaciones, la suficiencia y capacidad profesional del personal, y la suficiencia de los recursos materiales.
- La satisfacción de las expectativas del trabajador, elemento indispensable para otorgar calidad de servicio. Satisfacción con su trabajo, que disponga de los recursos para una buena atención, del reconocimiento a su trabajo y su remuneración

congruente con la magnitud, calidad y complejidad del trabajo realizado; que existan oportunidades de capacitación y superación y que exista seguridad laboral.

Por lo ya expuesto, la calidad en cuanto a servicios se refiere a “calidad percibida” que puede sintetizarse como “un juicio global o actitud, relacionada con la superioridad del servicio”. Sin embargo, es importante señalar que algunos autores valoran la calidad del servicio percibida, como un desajuste entre expectativas y percepciones de resultados (Teoría del paradigma disconfirmatorio), es decir, “la discrepancia entre las percepciones de los consumidores de los servicios ofrecidos por una empresa particular y sus expectativas acerca de la oferta de las empresas en tales servicios”, resultando de “una comparación entre lo que considera debe ser el servicio ofrecido por la empresa (sus expectativas) y su percepción del resultado de los prestatarios del servicio”. (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988)³

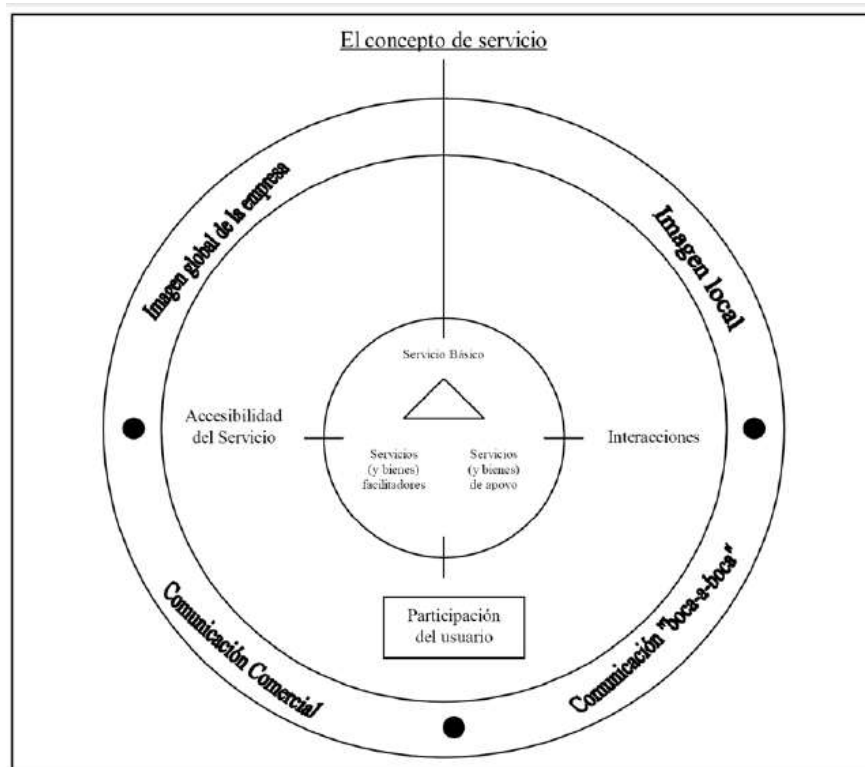
2.2.2.7. Calidad Hospitalaria⁷:

El modelo de calidad de servicios que mejor se adapta para analizar la calidad de los servicios hospitalarios es el Modelo de Gestión Producto-Servicio: La oferta de servicios incrementada de Grönroos. Este modelo está estrechamente ligado a las características del servicio y a la calidad de servicio percibida, y contempla la calidad formada por dos dimensiones: la calidad técnica y la calidad funcional, así como la actuación, como filtro de la imagen local y global de la empresa. Este modelo se desglosa en los siguientes pasos:

- j. Desarrollo del concepto de servicio: Determina la intención de la organización.
- k. Desarrollo de un paquete básico de servicios: Determina el conjunto de servicios que se necesitan para satisfacer las

necesidades de los usuarios, es decir, qué reciben éstos por parte de la empresa. Estos pueden ser servicios esenciales, que son la razón de la empresa; los servicios facilitadores, que facilitan el uso del servicio esencial; y los servicios de apoyo, que son auxiliares y permiten aumentar el valor y diferenciar el servicio brindado con el de los competidores. Sin embargo, el paquete básico de servicios no es equivalente al servicio percibido por el usuario, ya que éste corresponde con la dimensión de calidad técnica (“qué” se recibe), y no dice nada de la calidad funcional (“cómo” se recibe).

- l. Desarrollo de la oferta de servicios incrementada: Se destacan tres elementos básicos en el proceso de prestación del servicio: la accesibilidad, la interacción con la organización del servicio y la participación del usuario. Estos tres elementos combinados con el paquete básico de servicios, forman la oferta incrementada de servicios, que incluye en su concepto, la calidad funcional.
- m. Gestión de la imagen y de la comunicación: La imagen de la empresa actúa como filtro en la calidad de servicio percibida. Una imagen favorable aumenta la calidad percibida, y una desfavorable, la deteriora; por lo que las estrategias de comunicación deben ser buenas.



Esquema del modelo de Gestión Producto-Servicio: La oferta de servicios incrementada de Grönroos.

Trasladando este modelo a la calidad hospitalaria, tenemos que los servicios esenciales son los servicios médicos, y los servicios facilitadores son los brindados por los otros personales de la salud. En cuanto a la interacción del usuario con la organización de servicios tendremos: interacción con el personal médico, con el departamento de atención al cliente, con el ambiente de la sala de espera, con otros clientes, con el horario de visitas, la interacción entre médicos y entre médicos y personal de salud y la relación médico-paciente. En cuanto a la participación del cliente encontramos aspectos como el de información del paciente sobre su patología o condición hacia el médico y viceversa, las limitaciones temporales, el consentimiento informado, entre otros.

2.2.2.8. Dimensiones de Calidad

Las dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos. La generación de estas dimensiones o características diferenciadas ayudan a especificar el contenido del constructo, en este caso, la calidad del servicio. Esta idea de la multidimensionalidad de la calidad del servicio es ampliamente aceptada, sin embargo, no existe consenso al respecto⁷.

El aporte con que más ha contribuido la literatura de la mercadotecnia en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio es el de Parasuraman et. al (1985) que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente. Posteriormente, Parasuraman et. al (1988) reagrupan los criterios de forma que sólo quedan cinco dimensiones²¹:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los usuarios y prestarles un servicio rápido.
- Seguridad: Conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa a las anteriores dimensiones denominadas como profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad).
- Empatía: Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa a los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario).

2.2.3. El Cliente

2.2.3.1. Concepto:

Del latín *cliens*, el término **cliente** es un término que puede tener diferentes significados, de acuerdo a la perspectiva en la que se lo analice. En economía el concepto permite referirse a la persona que accede a un producto o servicio a partir de un pago.

Dependiendo del escenario, puede denominarse de distintas formas:

- Consumidor: La persona que compra un producto o servicio
- Cliente: La persona que compra habitualmente en la misma empresa (consumidor habitual)
- Usuario: La persona que disfruta habitualmente de un servicio o del empleo de un producto.

El cliente es pieza clave para cualquier organización porque gracias a él depende la existencia del negocio y de todas aquellas personas que laboran en la empresa.

2.2.3.2. Clasificación:

Existen varios tipos de clasificación de los clientes, uno de ellos es un modelo interesante propuesto por John Leppard y Liz Molyneux en 1994: “La pirámide de la conversión”, que ubica a los clientes de acuerdo a su lealtad con la empresa. Al inicio son unos Presuntos bien elegidos, que se transforman en Clientes al adquirir un producto o servicio; luego este cliente puede convertirse en habitual lo que le da el carácter de Consumidor, hasta que se vuelve fiel a la empresa y toma el nombre de Partidario, quien posteriormente representará no sólo a sí mismo, sino que asegurará que los productos o servicios de la empresa son mejores que los otros de la competencia y los recomendará a otros, convirtiéndose en Defensor y así en un valioso activo de ventas.

La clasificación de algunos tipos de clientes, según Rojas Medel, obedece primero a la ampliación del tradicional concepto de Cliente, entendiendo como aquel que compra algo al proveedor, e introduce a esta definición un concepto importantísimo, que es la calidad de “cliente interno” y “cliente externo” que este pueda revestir.

A partir de esto se definen los siguientes tipos de clientes a los cuales la empresa debe prestar atención.

- a. Cliente externo: cliente final de la empresa, el que está fuera de ella y el que compra los productos o adquiere los servicios que la empresa genera.
- b. Cliente interno: es quien dentro de la empresa, por su ubicación en el puesto de trabajo, sea operativo, administrativo o ejecutivo, recibe de otros algún producto o servicio, que debe utilizar para alguna de sus labores.
- c. Clientes finales: se refiere a las personas que utilizarán el producto o servicio adquirido a la Empresa y que se espera se sientan complacidas y satisfechas. También se les denomina usuarios finales o beneficiarios.
- d. Clientes intermedios: son los distribuidores que hacen que los productos o servicios que provee la empresa estén disponibles para el usuario final o beneficiario.

2.2.3.3. Satisfacción del usuario⁷:

Existen múltiples conceptos de Satisfacción a lo largo del tiempo. Se destacan algunos relacionados a nuestra investigación:

| FUENTE | DEFINICIÓN | CONCEPTO | OBJETO | ETAPA |
|---------------------------|--|---------------------|---|----------------------|
| Howard y Sheth (1969) | Estado cognitivo derivado de la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida respecto de la inversión realizada. | Estado cognitivo | Adecuación o inadecuación de la recompensa a la inversión | Después del consumo |
| Westbrook y Reilly (1983) | Respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo donde las percepciones sobre un objeto, acción o condición, se | Respuesta emocional | Percepciones sobre un objeto, acción o condición comparadas con | Después de la compra |

| | | | | |
|---------------------|---|--|---|---------------------|
| | comparan con necesidades y deseos del individuo | | necesidades y deseos del individuo | |
| Tse y Wilton (1988) | Respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibido en el producto tras el consumo. | Respuesta causada por la evaluación | Discrepancia percibida entre expectativas y el resultado real del producto. | Después del consumo |
| Oliver (1996) | Juicio del resultado que un producto o servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en el consumo. | Respuesta evaluativa del nivel de realización. | Producto o servicio | Durante el consumo |

La mayoría de autores consideran que la satisfacción implica:

- La existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar
- La consecución de este objetivo sólo puede ser juzgada, tomando como referencia un estándar de comparación.
- El proceso de la evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación.

En cuanto a la satisfacción como resultado, existen dos perspectivas: En primer lugar, el concepto se relaciona con un sentimiento de estar saciado, asociado a una baja activación, una sensación de contento, donde se asume que el producto o servicio posee un rendimiento continuo y satisfactorio (corriente utilitarista). En segundo lugar, la satisfacción supone una alta activación, por lo que se podría hablar de una satisfacción como sorpresa, que puede ser positiva o negativa (corriente hedonista).

Con respecto a la satisfacción como proceso, su definición está también condicionada por la doble visión del ser humano (utilitarismo/hedonismo). Entonces, desde una perspectiva cognitivista, se considera a la satisfacción como una evaluación post-compra o post-uso

que es consecuencia de la comparación entre las expectativas de los sujetos y el rendimiento que perciben, en la comparación social de coste-beneficio, así como en los procesos de atribución que realizan los sujetos; incluyendo al afecto como elemento primordial para la comprensión de la satisfacción. Así, podemos diferenciar a la satisfacción como una evaluación susceptible de cambio según la transacción, mientras que la calidad de servicio percibida supone una evaluación más estable a lo largo del tiempo. Sin embargo, la calidad de servicio como actitud se actualiza en cada transacción específica, rendimiento específico, influyendo en la satisfacción que se experimenta.

Con respecto al proceso que lleva a la satisfacción, existe una orientación hacia la integración de lo cognitivo y lo afectivo; es decir, primero se daría un procesamiento de la información y luego una respuesta afectiva, esto sería una conducta post-cognitiva; por el contrario, la postura pre-cognitiva sería cuando la respuesta afectiva precede a la cognitiva, esto ocurriría si el usuario no tiene experiencia con el servicio y carece de información sobre el mismo. Por lo tanto, podemos apreciar que la respuesta afectiva se integra de muchas formas al proceso de satisfacción, por lo que ésta última, no sólo depende de costes y beneficios tangibles, sino también de cuestiones más intangibles, como el trato que dan los empleados al usuario.

2.2.3.4. Importancia del enfoque afectivo de la satisfacción⁷:

En el ámbito de los servicios, la inclusión de las emociones es particularmente importante ya que la mayoría de servicios se basa en la experiencia, participación o vivencia del consumidor. (Grönroos, 2000).

El modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción permite la integración de variables de índole cognitivo y afectivo como la disconfirmación y emociones, respectivamente, para establecer una estructura conceptual constituida por relaciones entre dichas variables, que conforman los antecedentes de la satisfacción y, se extienden hacia las

consecuencias de la satisfacción por medio de las intenciones de comportamiento.

- a. Efectos de la Disconfirmación: La disconfirmación significa que el resultado del servicio es distinto al que el usuario esperaba con implicaciones para la experiencia del servicio. Los efectos influyen:
 - En las emociones: Existe una relación positiva entre la magnitud de la disconfirmación y la intensidad de la emoción para explicar la satisfacción. Por lo que, si el resultado es inferior a las expectativas, puede causar desagrado; y si las excede, puede causar agrado.
 - En la satisfacción: Los usuarios evalúan su experiencia de servicio e indican que su satisfacción es fruto de la comparación entre el resultante percibido con algún estándar anterior al uso del servicio.
- b. Efectos de las Emociones: La satisfacción contiene una respuesta afectiva (emociones) en ausencia de la cual, las intenciones de comportamiento ante una situación de consumo no pueden ser explicadas. Se destaca la relación entre el agrado experimentado durante la experiencia de consumo (o afecto positivo) y la satisfacción después del consumo.
- c. Efectos de la Satisfacción: Se destacan tres consecuencias principales de la in/satisfacción: comportamiento de queja, comunicación boca-oído negativa/positiva e intenciones de cambio/recompra. Por otro lado, existe relación entre el afecto y las valoraciones cognitivas de la confirmación/disconfirmación con la satisfacción, así también entre ésta y las intenciones de comportamiento.

2.2.3.5. Relación entre Calidad Percibida y Satisfacción del usuario³:

La calidad percibida es la que presenta límites menos claros respecto al concepto de satisfacción, ya que ambas se refieren a un proceso de evaluación en el que el cliente compara la experiencia del servicio con

determinadas expectativas previas, es decir, ambas tienen en común el hecho de que se considera central el punto de vista del cliente, al valorar los servicios que presta una organización.

Patterson y Jhonson (1993), establecen una comparación detallada entre los dos constructos:

- La calidad de servicio percibida se vincula a largo plazo, mientras que la satisfacción se asocia a un juicio transitorio, susceptible de cambiar en cada transacción. Sin embargo, ambos constructos pueden operar en los dos niveles.
- Los modelos de satisfacción contienen al concepto de disconfirmación, mientras que el modelo de calidad lo omite, o lo incluye como mediador de la percepción.
- La satisfacción está basada en la experiencia de servicio mientras que la calidad de servicio percibida no está basada necesariamente en la experiencia.
- Ambos constructos son el resultado de la comparación entre el desempeño de servicio y algún estándar, sin embargo, la satisfacción utiliza como estándar, experiencias predictivas hechas sobre el consumidor sobre su deseo de servicio; mientras que la calidad de servicio percibida usa como estándar, el nivel de servicio deseado o dicho de otro modo, lo que el usuario cree que el proveedor debe ofrecer.

Consideramos un resumen de elementos de comparación:

| Dimensión de comparación | Calidad de servicio | Satisfacción |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| Atributos y dimensiones | Específicos de los juicios de calidad | Potencialmente todas las dimensiones son relevantes |
| Tipos de expectativas | Ideales o “excelencia” | Expectativas predictivas, normativas, necesidades. |
| Naturaleza experimental | No es necesaria, influida | Necesaria |

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| | por factores externos | |
| Elemento central de la investigación | Dimensiones y medida | Procesos mediante los que se realizan las evaluaciones |
| Cognitivo/Afectivo | Predominantemente cognitivo | Cognitivo y afectivo |
| Otros antecedentes | Comunicaciones | Equidad, atribución, emoción. |

Existe un acuerdo general en la literatura más reciente, que considera a la calidad de servicio como un constructo cognitivo primario y simple, mientras que la satisfacción es un proceso complejo con un elevado grado, tanto de componentes afectivos como cognitivos. Así la satisfacción es un concepto más central que media el efecto de las percepciones de calidad de servicio, en las intenciones de comportamiento y otros resultados.

Así también, si queremos definir una relación de causalidad entre satisfacción y calidad de servicio percibida, la literatura coincide en que es difícil establecer a una de ellas como antecedente de la otra, y viceversa. Sin embargo, varios autores abogan por la existencia de una relación de reciprocidad, de bidireccionalidad entre ambos constructos, determinada por el momento de evaluación del servicio. Así, la satisfacción en una transacción concreta vendría determinada entre otros factores, por la calidad de servicio; a su vez, la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad de servicio percibida por los usuarios.

2.2.3.6. Calidad y Satisfacción en Salud

Se puede afirmar que las personas que recurren a la atención en servicios de salud, denominadas como pacientes, deben ser consideradas como personas clientes y ciudadanas a la vez. Ellas ingresan en la

necesidad, tan evidente en América Latina, de elevar la eficiencia y la calidad del servicio²⁸.

Dentro de los indicadores de calidad que miden resultados y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad²⁹.

“La satisfacción o insatisfacción de los pacientes y sus familiares con los servicios sanitarios es un elemento de capital importancia para explorar y conocer cuáles son sus preferencias. Su estudio constituye un instrumento imprescindible para hacer realidad la orientación de los servicios hacia el usuario” (De León, Arteaga, Schiattino; 2003)²

En relación a los servicios de salud, la satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario³⁰.

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas del futuro y los valores del individuo y de la sociedad.

Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en que la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y por otra parte, de una contextual. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los

²⁸ Abarca-Rodríguez, Allan. “La calidad desde los usuarios del Servicio de Salud” En: “La Salud Pública en Costa Rica”, Universidad de Costa Rica; 2011, pág. 471-490.

²⁹ Grönroos C. (1994). Marketing y Gestión de Servicios: la Gestión de los momentos de la verdad y la competencia de los servicios. Ed. Díaz de Santos, Madrid, p.81

³⁰ Gómez-Juanola, Manolo; Pérez-Carvajal, Alexis; Moya-Rodríguez, Mayra, Reyes-Llanes, Mabel. “Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario”. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2004 Jun; 20(3): www.scielo.sld.cu

hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad de servicio³.

Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre: satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos; y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o a aspectos concretos de los servicios recibidos.³¹

Desde la perspectiva del paciente, la medicina tiene las siguientes funciones: curar, a veces; aliviar, a menudo y confortar, siempre. La primera se denomina “ciencia” y las otras dos “arte”. La tarea del médico en un episodio de enfermedad puede dividirse en dos: la técnica (ciencia) y la interpersonal (arte). A estas dos, habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, como el confort, la rapidez o la amabilidad. En general, se identifican tres aspectos que los pacientes valoran de la asistencia sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad para resolver problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y la comunicación (dar y recibir información). Podríamos considerar entonces, que los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían contener por lo menos tres dimensiones diferentes de la atención³²:

³¹ Massip-Pérez, Coralia; Ortiz-Reyes, Rosa María; Llantá-Abreu, María del Carmen; Peña-Fortes, Madai; Infante-Ochoa, Idalmis. “La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad” Rev. Cubana de Salud Pública Vol.34 Nro.4 Ciudad de La-Habana oct.-dic.2008

³² Caminal, Josefina. “La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios” Rev. Calidad Asistencial, 2001; 16, 276-279.

1. La ciencia de la medicina: Aspectos técnico-instrumentales.
2. El arte de la asistencia: Aspectos comunicativos
3. Las comodidades de la asistencia:

Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de satisfacción.

Ahora bien, la complejidad del concepto de satisfacción hace que su medición tenga sus deficiencias, las que se basan en³:

- a. La falta de conocimiento científico/técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial
- b. El estado físico y mental de los pacientes que puede influir o dificultar la emisión de juicios objetivos.
- c. El rápido proceso asistencial que dificulta que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo.
- d. La dificultad en definir lo que los pacientes considera “calidad”. La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo, socioeconómico y los cambios en el estado de salud.

A pesar de estas deficiencias, la satisfacción debe incluirse en la evaluación de la calidad por las siguientes razones éticas propuestas por Vuori⁷:

1. El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el máximo interés de la atención médica.
2. El principio democrático según el cual, aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella.
3. Los derechos del consumidor, por los que éste tiene derecho a decidir lo que él quiere.
4. El concepto de salud y enfermedad, ya que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

La satisfacción del paciente constituye una medida del resultado de la asistencia sanitaria que ha sido directamente relacionada con la mejora del cumplimiento terapéutico, del empleo de la seguridad social o de la continuidad de cuidados³.

2.2.3.7. Los derechos del paciente en el Perú³³:

Bajo el ordenamiento ético y jurídico internacional, se plasma en la Constitución Política del Perú, el derecho a la salud de las personas:

- Artículo 1. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad, son el fin supremo de la sociedad y el Estado.
- Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad; así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

Los derechos del paciente según la Ley General de Salud. Ley Nro. 26842.

Título I:

- Artículo 1. Toda persona tiene derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema provisional a su preferencia.
- Artículo 2. Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de la salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización.
- Artículo 3. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de la salud cumplan con los estándares, de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.
- Artículo 4. Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada

³³ Alegre-Romero, Marco. "Derechos de los pacientes" En: Colegio Médico del Perú, Sociedad Peruana de Auditoría Médica.

legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.

- Artículo 5. Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico-degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de vida saludable.
- Artículo 15.- Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:
 - a. Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad
 - b. A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece
 - c. A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes
 - d. A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida a hacerlo
 - e. A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare
 - f. A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio.
 - g. A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren

h. A que se le comuniquen todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste

i. A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica.

Título II. Capítulo II:

- Artículo 44. Al egreso del paciente, el responsable del establecimiento de salud está obligado a entregar al paciente o a su representante el informe de alta que contiene el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta pronóstico y recomendaciones que ameritó el internamiento. Así mismo, cuando el paciente o su representante lo solicite, debe proporcionarle copia de la epicrisis y de la historia clínica, en cuyo caso el costo será asumido por el interesado.

2.2.3.8. La relación médico-paciente:

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. La Declaración de Ginebra exige al médico “velar ante todo por la salud de mi paciente” y el Código Internacional de Ética Médica estipula: “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos”³⁴.

La relación médico-paciente es una forma específica de manifestación de las relaciones humanas. ¿Qué le da especificidad a este tipo de relación que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas?⁹:

Varios elementos se toman en cuenta. El primero es el de ámbito. La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito

³⁴ Williams JR. Manual de Ética Médica. Francia: Asociación Médica Mundial; 2005: 14-60.

donde se da la relación. La prioridad en dicha relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual.

Una segunda categorización propone el modelo político de relación, configurado por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática.

Una tercera categorización y que, en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas tantas existentes, es la que presenta a la relación médico-paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía.

La relación médico-paciente juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

2.2.3.9. El paciente y el Servicio de Emergencia³⁵:

Los servicios de Urgencias tienen ciertas particularidades que los diferencian de otros servicios hospitalarios:

- El personal de este servicio no tiene poder para escoger su “clientela o al ritmo que ésta estará solicitando ser atendida.
- No se pueden rechazar pacientes cuando las camas están ocupadas en su totalidad. De hecho, muchas veces sucede que aumenta el volumen de pacientes mientras el nivel de recursos disponible permanece igual o incluso disminuye.

³⁵Dra. Adriana Lapeira Mix, “Opinión de usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Marta, durante el año 2005” [Tesis de Grado Profesional de Magister en Administración de Servicios de Salud sostenible] San José, Costa Rica, Julio 2006

•El personal se encuentra por lo general muy ocupado y bajo presión.

Sin embargo, por las razones anteriormente descritas se cree que el esfuerzo adicional en la atención vale la pena si se tiene en cuenta todas las ventajas que se obtendrán y que se analizaron anteriormente. La efectividad y la plétora de los servicios de urgencias no son únicamente determinadas por presiones externas, sino que los factores internos ejercen también su efecto. Se ha demostrado inclusive que estos factores internos son tan importantes (si no más) que los externos. El observar la circulación de pacientes ha sido útil en detectar estos factores internos para luego intentar una reorganización del servicio.

Las organizaciones deben probar e implementar cambios en los procesos existentes al intentar la mejora en la circulación de pacientes en un ambiente de cuidados de urgencias. Según la literatura existen varias áreas clave en las cuales se pueden implementar cambios y que son:

- Cuando existan labores que formen parte de un proceso se debe procurar que los encargados del paso siguiente sean los que jalen el trabajo en lugar de que los que lo acaben de terminar sean quienes lo entreguen.
- Programar las altas: sincronizar las admisiones y las altas
- Trabajar con recursos fuera del hospital para mejorar el flujo de cuidados
- Empatar la demanda con la capacidad del sistema
- Mejorar el flujo de trabajo: en lugar de incrementar la cantidad de personal en momentos de demanda alta, se debe distribuir mejor la demanda y la facilidad de trabajo
- Cambiar el ambiente de trabajo: muchas veces sirve de estímulo para mejorar el desempeño laboral

De acuerdo al Colegio Americano de Médicos de Emergencias se deben cumplir las siguientes situaciones cuando un paciente ingresa a un servicio de urgencias:

- Los médicos de urgencias deben estar comprometidos a brindar cuidados de urgencias de alta calidad a todos los pacientes lo antes posible.

- Todo aquel que ingresa a un departamento de urgencias debe ser atendido sin importar su capacidad para pagar o su estado de aseguramiento

- A pesar de plétora en el servicio los pacientes críticamente enfermos o accidentados no deben esperar para ser atendidos.

He aquí la importancia del triaje, ya que éste nos permite clasificar a los pacientes por prioridad de atención, organizar un servicio de emergencia y reducir los tiempos de espera que perjudiquen tanto el flujo de atención como al paciente.

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Operacionalización de variables

| VARIABLE | NATURALEZA | INDICADOR | CATEGORIZACIÓN | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------|-------------------|--|--|---------------------------|
| Sexo | Cualitativa | Fenotipo | <ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino | Nominal |
| Edad | Cuantitativa | Fecha de nacimiento | <ul style="list-style-type: none"> - De 13 a 25 años - De 26 a 45 años - De 46 a 65 años - Mayor de 65 años | De intervalo |
| Grado de Instrucción | Cualitativa | Directa | <ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior | Ordinal |
| Servicio de Atención | Cualitativa | Directa | <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía - Medicina - Pediatría - Gineco-obstetricia | Nominal |
| Calidad de Atención | Cualitativa | Dimensiones de salud <ul style="list-style-type: none"> - Fiabilidad - Capacidad de Respuesta - Seguridad - Empatía - Aspectos Tangibles | Calidad adecuada: <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción amplia - Satisfacción Calidad inadecuada <ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción leve-moderada - Insatisfacción severa | De intervalo |

| Dimensiones | Indicadores | Ítems/Índices |
|---------------------------|--|---|
| 1. Fiabilidad | Comunicación Información oportuna Servicio excelente | I=1,2,3,4,5 Validación de 1 a 7 |
| 2. Capacidad de Respuesta | Atención Rápida | I=6,7,8,9 Validación de 1 a 7 |
| 3. Seguridad | Expectativa Privacidad Servicio Excelente | I=10,11,12,13 Validación de 1 a 7 |
| 4. Empatía | Comportamiento Confianza Interés en el paciente | I=14,15,16,17,18 Validación de 1 a 7 |
| 5. Aspectos Tangibles | Tecnología de punta Infraestructura adecuada | I=19,20,21,22 Validación de 1 a 7 |

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño

Se realizará un estudio no experimental, de tipo observacional, analítico descriptivo y prospectivo; con pacientes atendidos en los servicios de Emergencia del Hospital Militar Central de Lima.

4.2. Ámbito de estudio

El Hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber”, es un hospital ubicado en el Distrito de Jesús María en el departamento de Lima, con dirección Av. Faustino Sánchez Carrión s/n.

El Hospital Militar Central brinda servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de forma gratuita a los pacientes pertenecientes a las Fuerzas Armadas del Perú y de forma parcialmente subsidiada a sus familiares.

El servicio de Emergencia del HMC posee una infraestructura nueva, bien distribuida, que alberga la atención de 5 especialidades médicas en 6 consultorios médicos: 2 de medicina, 1 de cirugía, 1 de gineco-obstetricia, 1 de pediatría y 1 de Traumatología. Además cuenta con un tópico de observación, sala de nebulizaciones e inyectables, y el ambiente de hospitalización temporal para pacientes críticos, llamado Rotonda; así también se encuentran los servicios de laboratorio, farmacia y diagnóstico por imágenes de emergencia. Todos los servicios descritos se encuentran a disposición del usuario externo, las 24 horas del día.

4.3. Población y muestra

A. Población

La investigación se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central de Lima, donde en el mes de enero se atendieron 1930

pacientes entre las 4 especialidades médicas, población que será referencia para calcular la muestra y el margen de error de nuestros resultados.

B. Muestra

Para calcular la muestra, se utilizó una fórmula para calcular la muestra de poblaciones finitas.

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left(\frac{Z (1 - \frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Donde los valores son los siguientes:

- N= 1930
- p= 0.5
- Z= 1.96
- α = 95%

Aplicando la fórmula descrita con el intervalo de confianza de 95% y un margen de error del 7%, la muestra asciende a 178 usuarios.

4.3.1. Criterios de inclusión

- A. Todo paciente mayor de 13 años que hace uso de los servicios de Emergencia del Hospital Militar Central.
- B. Las personas responsables de pacientes que no puedan responder el cuestionario por su condición de salud, por ser menores de 13 años, sufrir alguna enfermedad psiquiátrica o tener alguna limitación orgánica.

4.3.2. Criterios de exclusión

- A. Usuarios menores de 13 años.
- B. Usuarios que sufran alguna enfermedad psiquiátrica o limitación orgánica que les impida responder.
- C. Usuarios que no deseen participar voluntariamente.

4.4. Instrumentos de recolección de datos:

SERVQUAL:

El instrumento SERVQUAL, es un marco de calidad de Servicio, fue desarrollado a mediados de los años ochenta por Zeithaml, Parasuraman y Berry.

SERVQUAL se midió originalmente en 10 aspectos de la calidad del servicio: fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, acceso, cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, comprensión del cliente y tangibilidad. Se mide la brecha entre las expectativas del cliente y la experiencia.

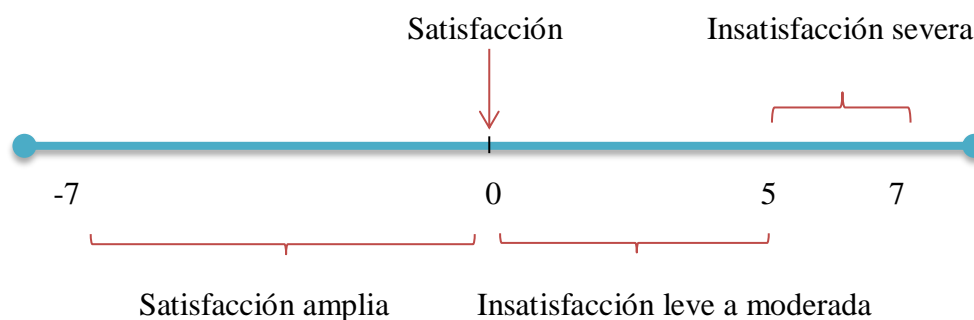
En los años noventa, los autores habían perfeccionado el modelo a las siglas EVALUADOR útil:

- Confiabilidad
- Garantía
- Tangibles
- Empatía
- Sensibilidad

El instrumento usado en esta investigación es una modificación del Cuestionario SERVQUAL original con 5 dimensiones de calidad, distribuidas en 22 preguntas de expectativas y percepciones. Los nuevos constructos incluyeron las características desde la percepción de los usuarios externos de consulta externa y emergencia, y las principales actividades del proceso de atención¹².

Para la calificación de las expectativas y percepción se utilizó una escala numérica (Escala de Likert) del 1 al 7 considerando 1 la más baja calificación y 7 la más alta.

Se considera usuario satisfecho, cuando la diferencia entre expectativa y percepción para la pregunta planteada tiene un valor de 0 o negativo, y usuario insatisfecho cuando la diferencia tiene un valor positivo. Los niveles de satisfacción se encuentran en la recta de la siguiente forma:



SERVQUAL tiene sus detractores y es considerado demasiado complejo, subjetivo y poco fiable estadísticamente. El modelo simplificado EVALUADOR, sin embargo, es un modelo sencillo y útil para explorar y evaluar cualitativamente las experiencias de los clientes de servicios y ha sido utilizada ampliamente por las organizaciones de prestación de servicios. Se trata de un eficaz modelo para ayudar a dar forma a una organización, a sus esfuerzos en la reducción de la brecha entre el servicio percibido y lo esperado.

Los 5 espacios que las organizaciones deben medir, gestionar y minimizar¹⁹:

- Brecha 1 es la distancia entre lo que los clientes esperan y lo que los directivos piensan que esperan: Es evidente que la investigación por encuestas es un medio fundamental para reducir esta brecha.
- Brecha 2 es entre la percepción de la gestión y la especificación real de la experiencia del cliente: Los gerentes deben asegurarse que la organización está definiendo el nivel de servicio que creen que se necesita.
- Brecha 3 es de la especificación de la experiencia a la entrega de la experiencia: Los gerentes tienen que auditar la experiencia del cliente que su organización ofrece en la actualidad con el fin de asegurarse de que está a la altura de la especificación.
- Brecha 4 es la diferencia entre la entrega de la experiencia del cliente y lo que se comunica a los clientes: Con demasiada frecuencia, las organizaciones exageran lo que se proporcionará a los clientes o

discuten el mejor de los casos más que el caso probable, elevando las expectativas de los clientes y dañando las percepciones del cliente.

- Brecha 5 es la brecha entre la percepción de un cliente de la experiencia y la expectativa del cliente del servicio: Las expectativas de los clientes han sido formados por el boca a boca, sus necesidades personales y sus propias experiencias del pasado. Encuestas transaccionales de rutina después de entregar el servicio son importantes para que una organización logre medir las percepciones que sus clientes tienen del servicio brindado.

Nyeck, Morales, Ladhari y Pons (2002) declaró que la herramienta de medición SERVQUAL “sigue siendo el intento más completo de conceptualizar y medir la calidad del servicio”. La principal ventaja de esta herramienta es la capacidad de los investigadores de examinar numerosas industrias de servicios como la sanidad, la banca, servicios financieros y educación. El hecho de que SERVQUAL tiene críticas no hace discutible la herramienta de medición, sino el uso que le dan los investigadores.

Emilio Cabello y Jesús Chirinos en el artículo **“Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificada para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud”** concluyen que, las encuestas SERVQUAL modificadas para su uso en servicios de salud, para medir satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa y emergencia, elaboradas mediante perfeccionamiento continuo, muestran características psicométricas de validez, alta confiabilidad y aplicabilidad que las hacen recomendables para su uso.

4.5 Validación de los instrumentos y pruebas de Confiabilidad

El cuestionario SERVQUAL modificado, instrumento que se empleó para la recolección de datos para la variable independiente, fue validado en el Perú por la Universidad Cayetano Heredia el año 2012, en un estudio denominado: **“Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud”**¹¹ de **Emilio Cabello y Jesús L. Chirinos**, realizado con el objetivo de validar y evaluar la aplicabilidad de encuestas para medir la satisfacción de los usuarios en consulta externa (CE) y emergencia (E) de un hospital público; se trata de un estudio descriptivo, transversal, basado en la encuesta SERVQUAL. Las variables del constructo luego de perfeccionamiento consecutivo, incorporaron las principales actividades del proceso de atención y requisitos de calidad de los usuarios externos.

La validez de contenido fue analizada con 5 expertos, la validez de constructo por análisis factorial, la consistencia interna por el coeficiente alfa de Cronbach y su aplicabilidad en una muestra no probabilística de 384 usuarios de emergencia. El análisis factorial mostró que el 92,5% de la varianza de las variables en emergencia, explicaban los 5 componentes o dimensiones de la calidad.

En cuanto a las pruebas de confiabilidad, el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,988 para E. Por esto el estudio concluye que las encuestas de CE y E, han demostrado propiedades psicométricas para ser considerados como instrumentos válidos, confiables y aplicables, para medir el nivel de satisfacción de los usuarios externos, identificar las principales causas de insatisfacción e implementar proyectos de mejora.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Todos los datos y resultados obtenidos por medio del instrumento, serán introducidos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2010.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el Paquete Estadístico SPSS Statistics versión 17, Epi Info Versión 2000 para Microsoft Windows 7, según las escalas de medición definidas en la operacionalización de variables.

Posteriormente, los datos se codificaron y clasificaron en grupos de acuerdo a las variables en estudio, y gracias al Programa Estadístico, se diseñó una sintaxis especial para SERVQUAL que permitió cruzar la información para obtener los resultados.

Las diferencias de las medidas categóricas se informarán como valor de p. El nivel de significancia estadística utilizado fue de $p < 0,05$.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Con los datos obtenidos de las encuestas realizadas a una población de 180 pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, se realizaron los siguientes cuadros de las variables en estudio.

Del total de la muestra en estudio, 7 pacientes se negaron a responder el cuestionario, por lo que la cantidad real de usuarios entrevistados es 171.

TABLA N°01

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO – 2014 SEGÚN SEXO, EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESPECIALIDAD DE ATENCIÓN.

| | | Sexo | | | |
|---|---------------------------------------|-----------|--------|----------|--------|
| | | Masculino | | Femenino | |
| | | n | % | n | % |
| Grupo de edad^a | 13 a 25 años | 14 | 21.9% | 20 | 18.7% |
| | 26 a 45 años | 20 | 31.3% | 43 | 40.2% |
| | 46 a 65 años | 24 | 37.5% | 29 | 27.1% |
| | Más de 65 años | 6 | 9.4% | 15 | 14.0% |
| | Total | 64 | 100.0% | 107 | 100.0% |
| Grado de Instrucción | Analfabeto | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Primaria | 1 | 1.6% | 2 | 1.9% |
| | Secundaria | 19 | 29.7% | 34 | 31.8% |
| | Superior Técnico | 17 | 26.6% | 23 | 21.5% |
| | Superior Universitario | 27 | 42.2% | 48 | 44.9% |
| | Total | 64 | 100.0% | 107 | 100.0% |
| Especialidad por la que fue atendido | Medicina | 27 | 42.2% | 38 | 35.5% |
| | Cirugía | 23 | 35.9% | 12 | 11.2% |
| | Gineco-obstetricia^b | 5 | 7.8% | 31 | 29.0% |
| | Pediatría | 9 | 14.1% | 26 | 24.3% |
| | Total | 64 | 100.0% | 107 | 100.0% |

a. En el caso de Pediatría, los entrevistados fueron los padres, por lo que los grupos etáreos mencionados no incluyen a menores de 13 años.

b. Acompañantes de pacientes que no pudieron contestar la encuesta por estado de salud.

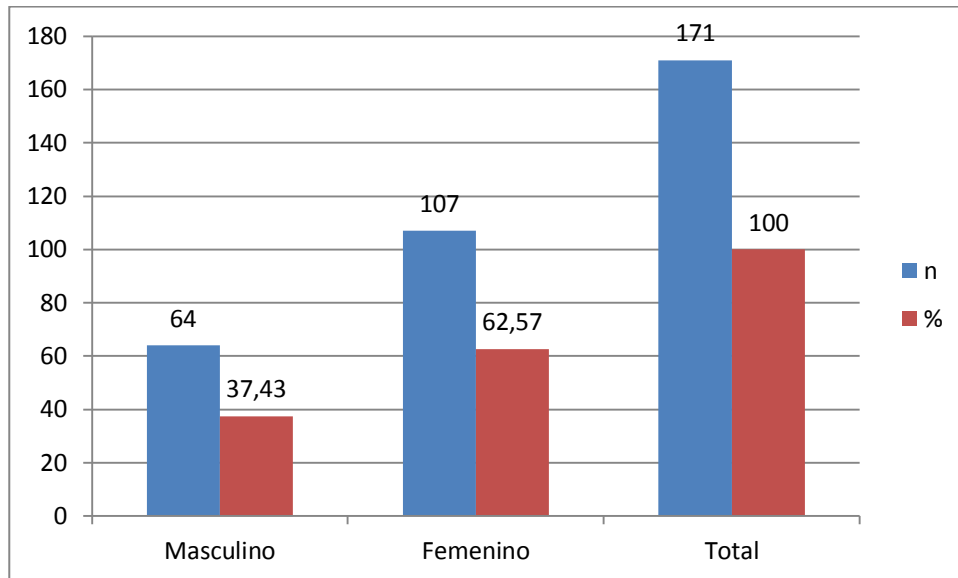
La Tabla N°01 muestra la distribución de los pacientes incluidos en este estudio, relacionando el Grupo de Edad, Grado de Instrucción y Especialidad con el sexo.

De la población masculina, los porcentajes mayores se encuentran entre los 46 y 65 años (37.5%), grado de instrucción superior universitaria (42.2%), y entre los usuarios de la especialidad de Medicina (42.2%).

De la población femenina, los porcentajes mayores se encuentran entre los 26 y 45 años (40.2%), grado de instrucción superior universitaria (44.9%), y entre los usuarios de la especialidad de Medicina (35.5%), seguida por Ginecoobstetricia (29%).

GRÁFICO N°01

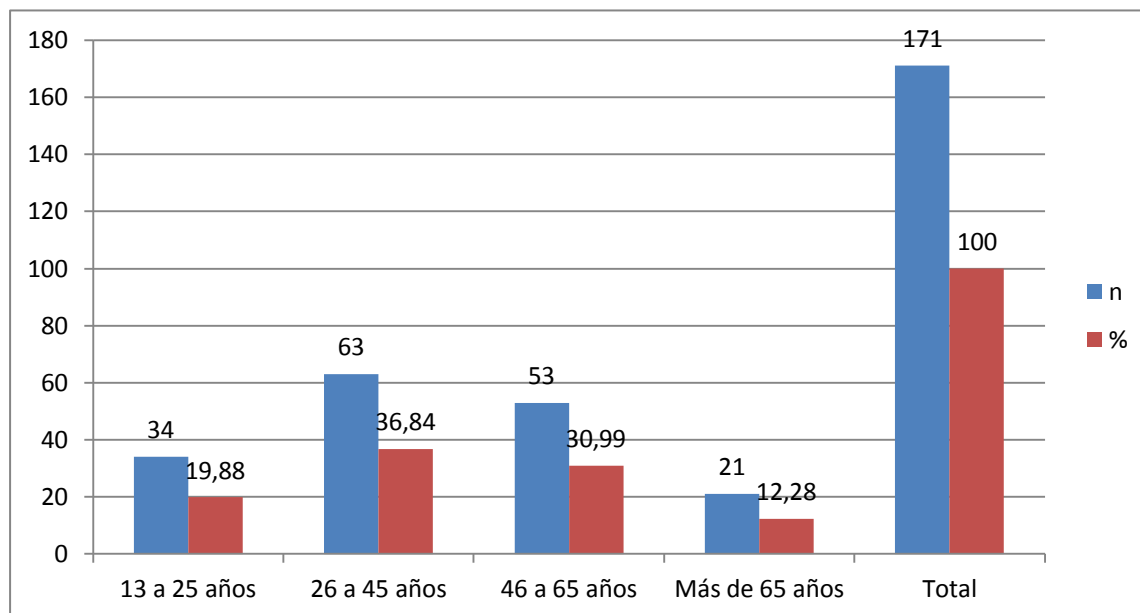
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO



En este gráfico se observa que de la población estudiada, el mayor porcentaje es de sexo femenino 62.57% con 107 usuarios, mientras que el sexo masculino representa el 37.43%, con 64 usuarios.

GRÁFICO N°02

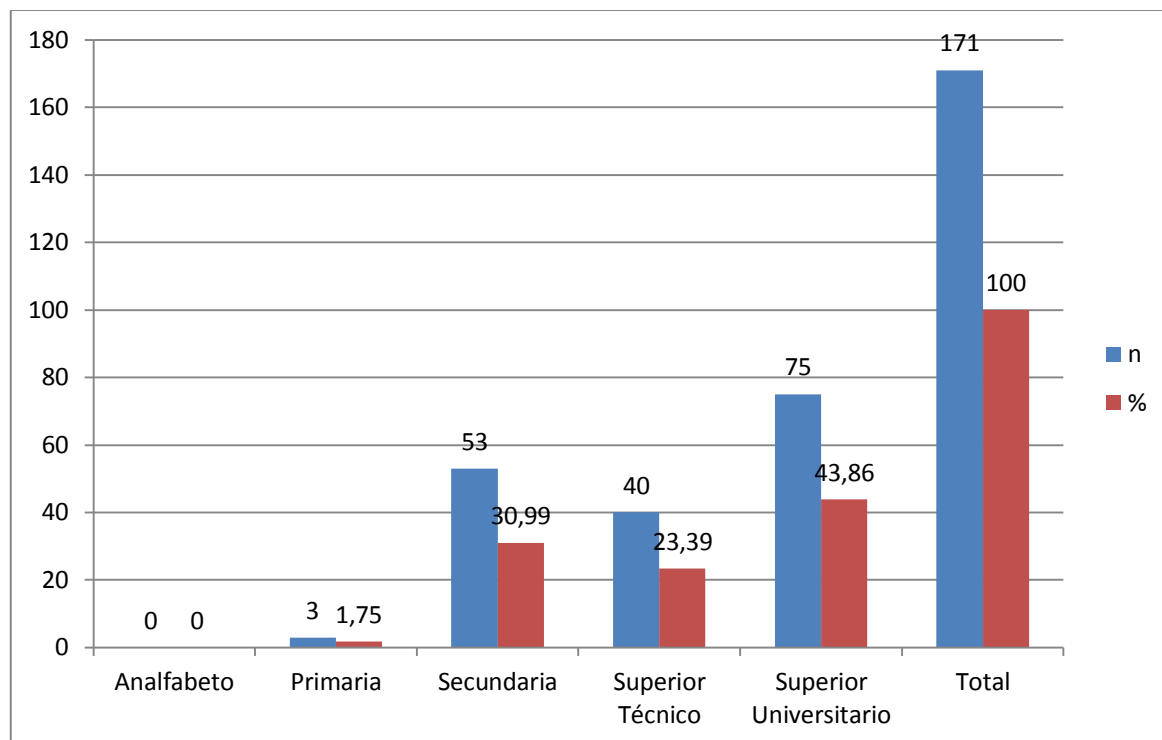
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD



En el gráfico N°02 se observa que, del total de la población estudiada, el mayor porcentaje se ubica entre los 26 y 45 años con un 36.84% (n=63), seguido del 30.99% entre los 46 y 65 años (n=53). En porcentajes menores se encuentra los usuarios entre 13 y 25 años con un 19.88% (n=34) y los mayores de 65 años con 12.28% (n=21).

GRÁFICO N°03

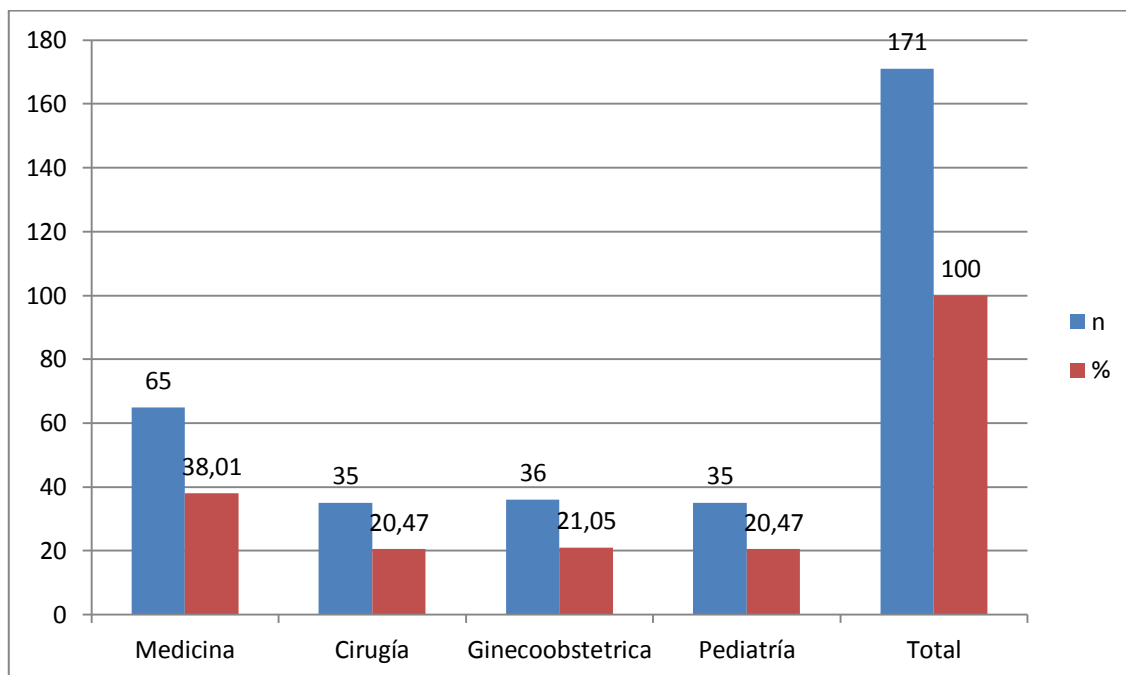
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN



En el gráfico N°03 se observa que del total de la población estudiada, un 43.86% tiene instrucción Superior Universitaria (n=75), seguido del 30.99% con instrucción Secundaria (n=53), luego un 23.39% con instrucción Superior Técnico (n=40), y un mínimo 1.75% con instrucción Primaria (n=3).

GRÁFICO N°04

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESPECIALIDAD MÉDICA



En el Gráfico N°04 se observa que el 38.01% (n=65) corresponde a la Especialidad de Medicina, mientras que Cirugía, Ginecoobstetrica y Pediatría cuentan con 20.47%, 21.05% y 20.47% respectivamente.

TABLA N°02

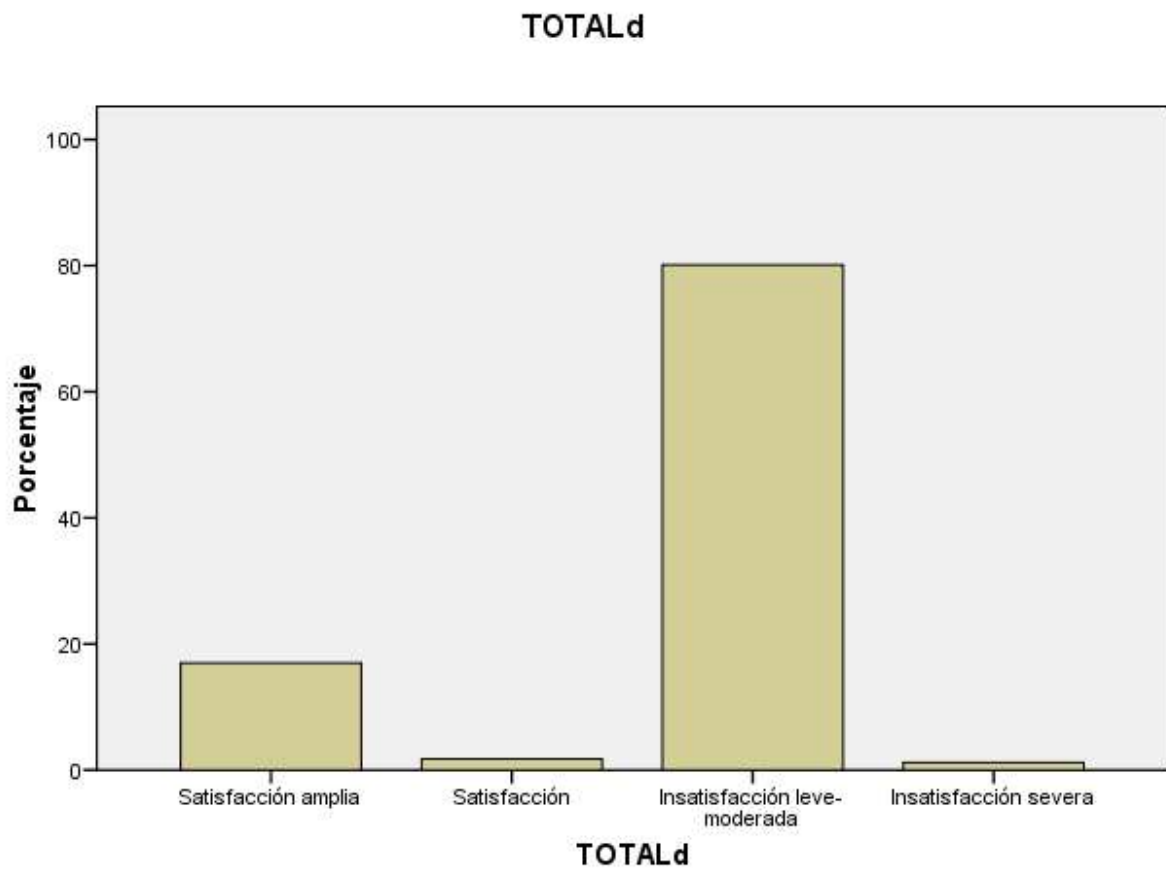
DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD GENERAL COMO SATISFACCIÓN DEL
USUARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL DE LIMA, FEBRERO - 2014

| Calidad General | | N | % |
|------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| TOTAL | Satisfacción amplia | 29 | 17.0% |
| | Satisfacción | 3 | 1.8% |
| | Insatisfacción leve-moderada | 137 | 80.1% |
| | Insatisfacción severa | 2 | 1.2% |
| | Total | 171 | 100.0% |

En la Tabla N°02 se observa que, de los usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia en general, el mayor número de pacientes (n=137) presenta Insatisfacción leve a moderada, lo que representa un 80.1% de la población, mientras que un 29% presenta Amplia Satisfacción, un 3% presenta Satisfacción y un 2% presentó Insatisfacción Severa.

GRÁFICO N°05

CALIDAD DE ATENCIÓN GENERAL – NIVELES DE SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO - 2014



En el gráfico N°05 se observa que el mayor porcentaje de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia por todas las especialidades presenta Insatisfacción Leve a Moderada (80.1%) con el servicio recibido.

TABLA N°03

DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR DIMENSIONES EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE
LIMA, FEBRERO-2014

| Dimensiones de Calidad | | n | % |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| Fiabilidad | Satisfacción amplia | 28 | 16.4% |
| | Satisfacción | 17 | 9.9% |
| | Insatisfacción leve-moderada | 123 | 71.9% |
| | Insatisfacción severa | 3 | 1.8% |
| | Total | 171 | 100.0% |
| Capacidad de respuesta | Satisfacción amplia | 30 | 17.5% |
| | Satisfacción | 11 | 6.5% |
| | Insatisfacción leve-moderada | 126 | 73.7% |
| | Insatisfacción severa | 4 | 2.3% |
| | Total | 171 | 100.0% |
| Seguridad | Satisfacción amplia | 37 | 21.6% |
| | Satisfacción | 29 | 17.0% |
| | Insatisfacción leve-moderada | 103 | 60.2% |
| | Insatisfacción severa | 2 | 1.2% |
| | Total | 171 | 100.0% |
| Empatía | Satisfacción amplia | 30 | 17.5% |
| | Satisfacción | 38 | 22.2% |
| | Insatisfacción leve-moderada | 102 | 59.6% |
| | Insatisfacción severa | 1 | 0.6% |
| | Total | 171 | 100.0% |
| Aspectos Tangibles | Satisfacción amplia | 32 | 18.7% |
| | Satisfacción | 27 | 15.8% |
| | Insatisfacción leve-moderada | 108 | 63.2% |
| | Insatisfacción severa | 4 | 2.3% |
| | Total | 171 | 100.0% |

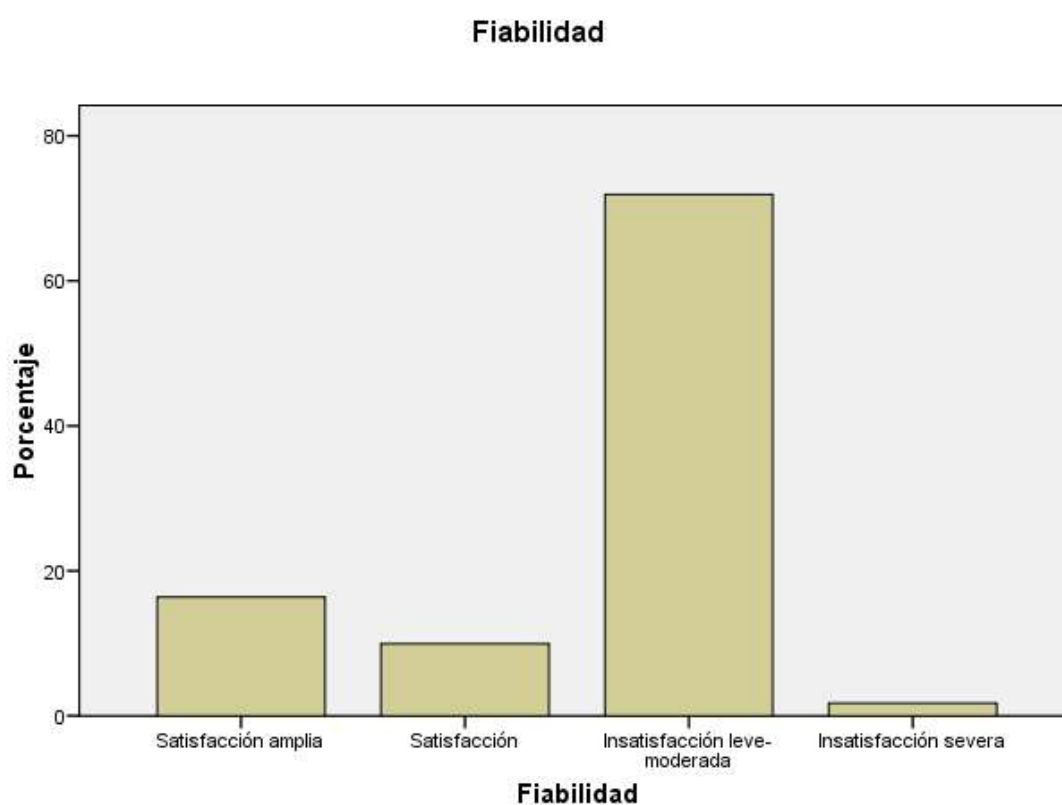
En la Tabla N°03 observamos que en todas las dimensiones de Calidad predomina la Insatisfacción (>60% de usuarios). En la dimensión de Fiabilidad los usuarios satisfechos representan el 26,3% mientras que los insatisfechos el 73.7%; en Capacidad de Respuesta, los usuarios satisfechos representan el 24% mientras que los insatisfechos el 76%; en Seguridad, los usuarios satisfechos representan el 38.6% mientras que el 61.4% se encuentran insatisfechos; en la dimensión de Empatía, los usuarios satisfechos son el 39.7% mientras que los insatisfechos son el 60.2%; y en la dimensión de Aspectos Tangibles, los usuarios satisfechos representan al 34.5% mientras que los insatisfechos el 65.5%

En todas las dimensiones de calidad, la Insatisfacción leve a moderada representa el mayor porcentaje: 71.9% en Fiabilidad, 73.7% en Capacidad de Respuesta, 60.2% en Seguridad, 59.6% en Empatía y 63.2% en Aspectos Tangibles.

Por otro lado, en las dimensiones de Aspectos Tangibles y Capacidad de Respuesta se encuentran los porcentajes más altos de Insatisfacción Severa (2.3%) entre todas las dimensiones de Calidad.

GRÁFICO N°06

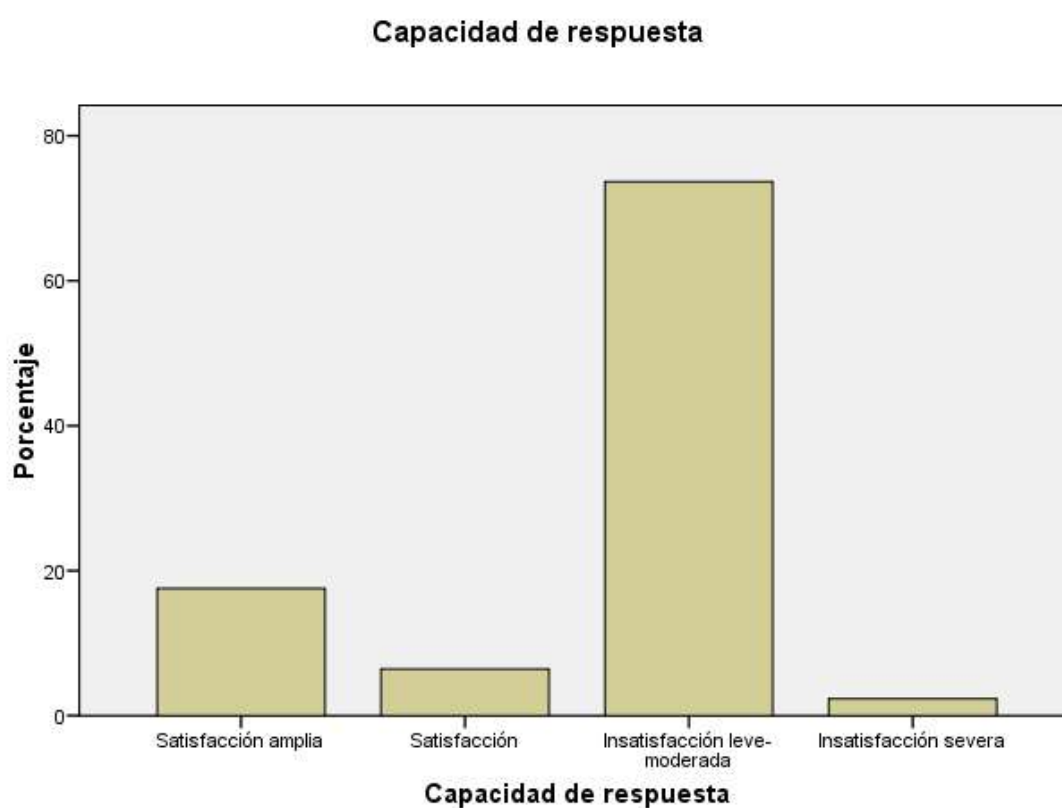
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO-2014 DIMENSIÓN DE FIABILIDAD



En este gráfico se observa que en la dimensión de Fiabilidad el mayor porcentaje de pacientes (71,9%) presenta Insatisfacción Leve a Moderada con el servicio recibido. La Satisfacción Ampla es mayor que la Satisfacción y la Insatisfacción Severa, sin embargo, ninguna de ellas supera el 20% de la población.

GRÁFICO N°07

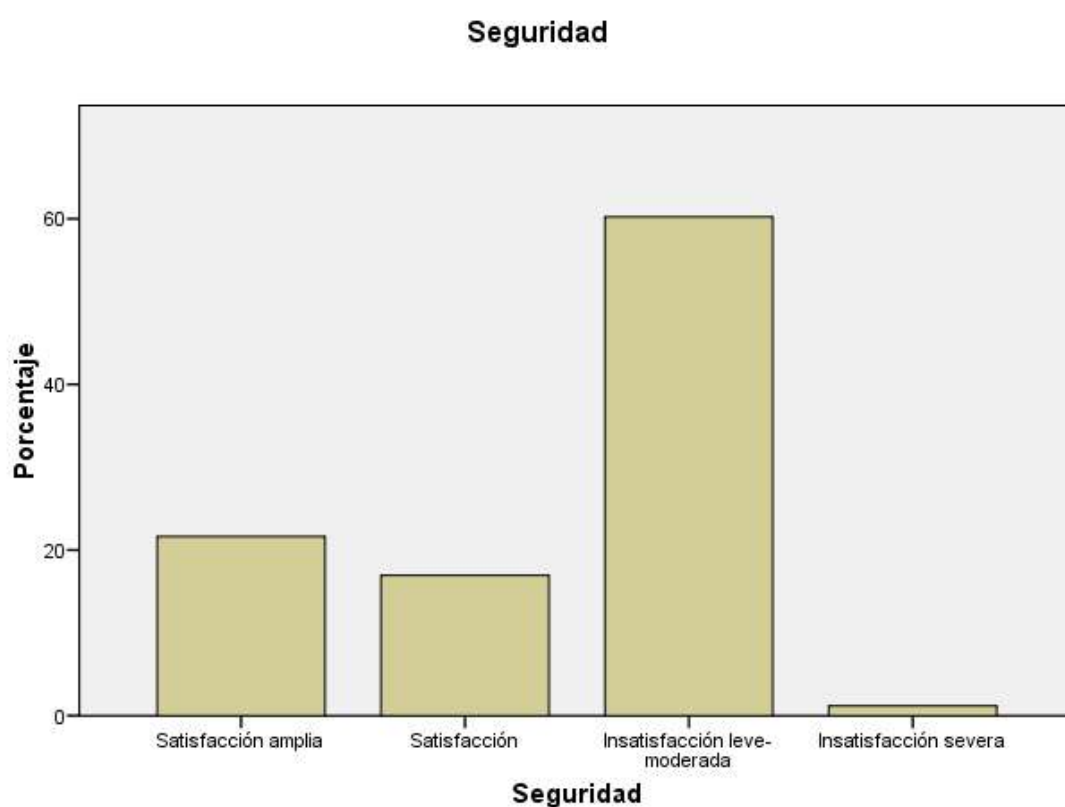
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO-2014 DIMENSIÓN DE CAPACIDAD DE RESPUESTA



En este gráfico se observa que en la dimensión de Capacidad de Respuesta, el mayor porcentaje de pacientes (73.7%) presenta Insatisfacción Leve a Moderada con el servicio recibido. Así también, observamos que la Satisfacción Ampla es mayor que la Satisfacción, la que a su vez es mayor que la Insatisfacción Severa (2.3%), sin superar el 20% de la población.

GRÁFICO N°08

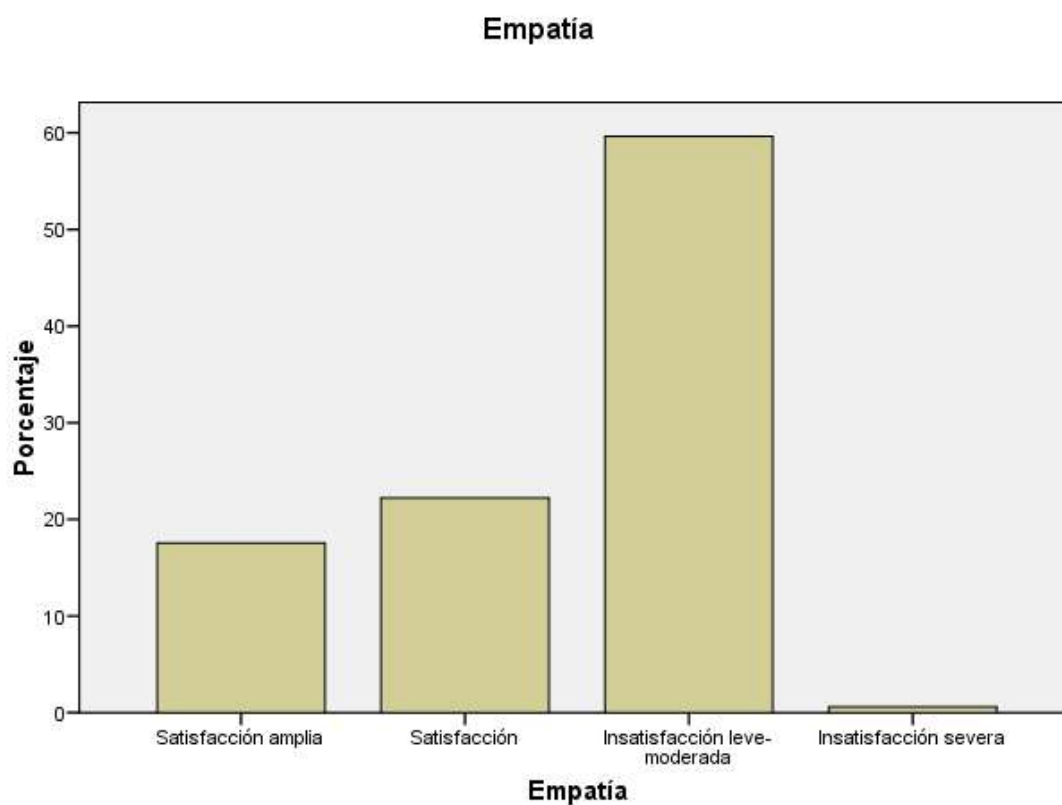
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO-2014
DIMENSIÓN DE SEGURIDAD



En este gráfico se observa que en la dimensión de Seguridad, el mayor porcentaje de pacientes (60.2%) presenta Insatisfacción Leve a Moderada con el servicio recibido. Vemos también en esta dimensión, que a diferencia de las dos dimensiones anteriores, existe mayor Satisfacción Ampla (21.6%) y Satisfacción (17%); así como también, menor Insatisfacción Severa.

GRÁFICO N°09

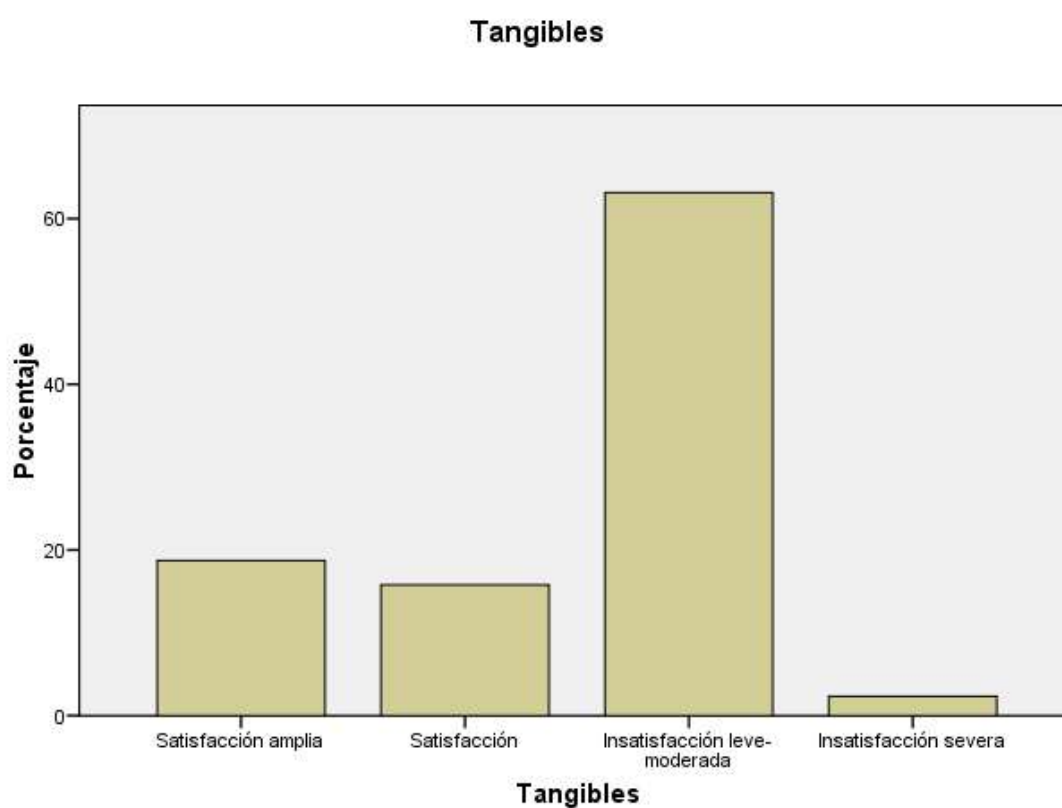
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO-2014 DIMENSIÓN DE EMPATÍA



En este gráfico se observa que en la dimensión de Empatía, el mayor porcentaje de pacientes (59.6%) presenta Insatisfacción Leve a Moderada con el servicio recibido. Vemos también en esta dimensión, que existe mayor Satisfacción que Satisfacción Amplia, y un porcentaje muy bajo de Insatisfacción Severa.

GRÁFICO N°10

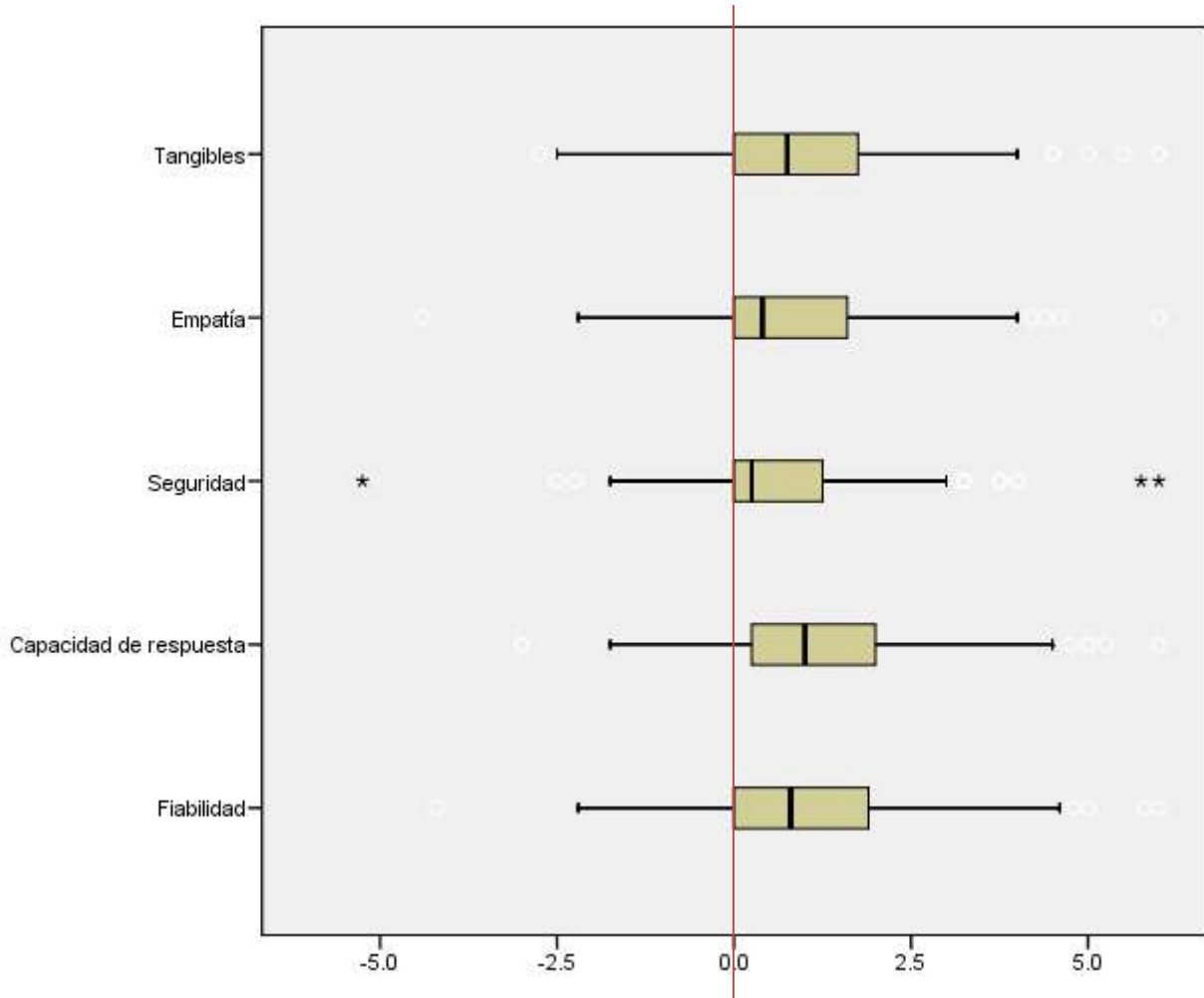
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO-2014
DIMENSIÓN DE ASPECTOS TANGIBLES



En este gráfico se observa que en la dimensión de Aspectos Tangibles, el mayor porcentaje de pacientes (63.2%) presenta Insatisfacción Leve a Moderada con el servicio recibido. Así también, existe mayor Satisfacción Ampla (18.7%) que Satisfacción (15.8%), y además, se encuentra Insatisfacción Severa (2.3%).

GRÁFICO N°11

CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO - 2014 COMPARACIÓN DE DIMENSIONES DE CALIDAD



En este gráfico, se observan las 5 dimensiones de la Calidad del Servicio en Salud, ubicadas en una recta numérica que plasma la satisfacción (lado izquierdo o negativo) y la insatisfacción (lado derecho o positivo), partiendo del centro (0.0). Observamos que todas las dimensiones se encuentran hacia el lado derecho de la recta, lo que se traduce en insatisfacción; sin embargo, la dimensión de Seguridad es la que más se acerca al punto 0, mientras que la dimensión de Capacidad de Respuesta es la que más se aleja del punto 0 hacia el lado derecho de la Recta.

TABLA N°04

DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN PERFIL DEL
 PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
 MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO - 2014

| | | Calidad general | | | | | | | | | | p |
|----------------------|------------------------|---------------------|-------|--------------|------|--------------|-------|-----------------------|------|-------|--------|-------|
| | | Satisfacción amplia | | Satisfacción | | Insatisf L-M | | Insatisfacción severa | | Total | | |
| | | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Masculino | 12 | 18.8% | 2 | 3.1% | 50 | 78.1% | 0 | 0.0% | 64 | 100.0% | 0.469 |
| | Femenino | 17 | 15.9% | 1 | 0.9% | 87 | 81.3% | 2 | 1.9% | 107 | 100.0% | |
| | Total | 29 | 17.0% | 3 | 1.8% | 137 | 80.1% | 2 | 1.2% | 171 | 100.0% | |
| Grupo de edad | 13 a 25 años | 15 | 44.1% | 0 | 0.0% | 19 | 55.9% | 0 | 0.0% | 34 | 100.0% | 0.001 |
| | 26 a 45 años | 9 | 14.3% | 0 | 0.0% | 53 | 84.1% | 1 | 1.6% | 63 | 100.0% | |
| | 46 a 65 años | 2 | 3.8% | 2 | 3.8% | 48 | 90.6% | 1 | 1.9% | 53 | 100.0% | |
| | Más de 65 años | 3 | 14.3% | 1 | 4.8% | 17 | 81.0% | 0 | 0.0% | 21 | 100.0% | |
| | Total | 29 | 17.0% | 3 | 1.8% | 137 | 80.1% | 2 | 1.2% | 171 | 100.0% | |
| Grado de Instrucción | Analfabeto | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0.406 |
| | Primaria | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 100% | 0 | 0.0% | 3 | 100.0% | |
| | Secundaria | 13 | 24.5% | 0 | 0.0% | 40 | 75.5% | 0 | 0.0% | 53 | 100.0% | |
| | Superior Técnico | 6 | 15.0% | 2 | 5.0% | 32 | 80.0% | 0 | 0.0% | 40 | 100.0% | |
| | Superior Universitario | 10 | 13.3% | 1 | 1.3% | 62 | 82.7% | 2 | 2.7% | 75 | 100.0% | |
| | Total | 29 | 17.0% | 3 | 1.8% | 137 | 80.1% | 2 | 1.2% | 171 | 100.0% | |

En la tabla N°04 observamos que no existe diferencia significativa en la calidad percibida en cuanto al sexo y al grado de instrucción ($p>0.05$); sin embargo, en cuanto al grupo de edad, se observa que en los pacientes de 46 a 65 años se encuentran los mayores porcentaje de Insatisfacción Leve a Moderada (90.6%) y de Insatisfacción Severa (1.9%); así también, observamos que el mayor porcentaje de Satisfacción Amplia (44.1%) se encuentra en el grupo de edad de 13 a 25 años.

TABLA N°05

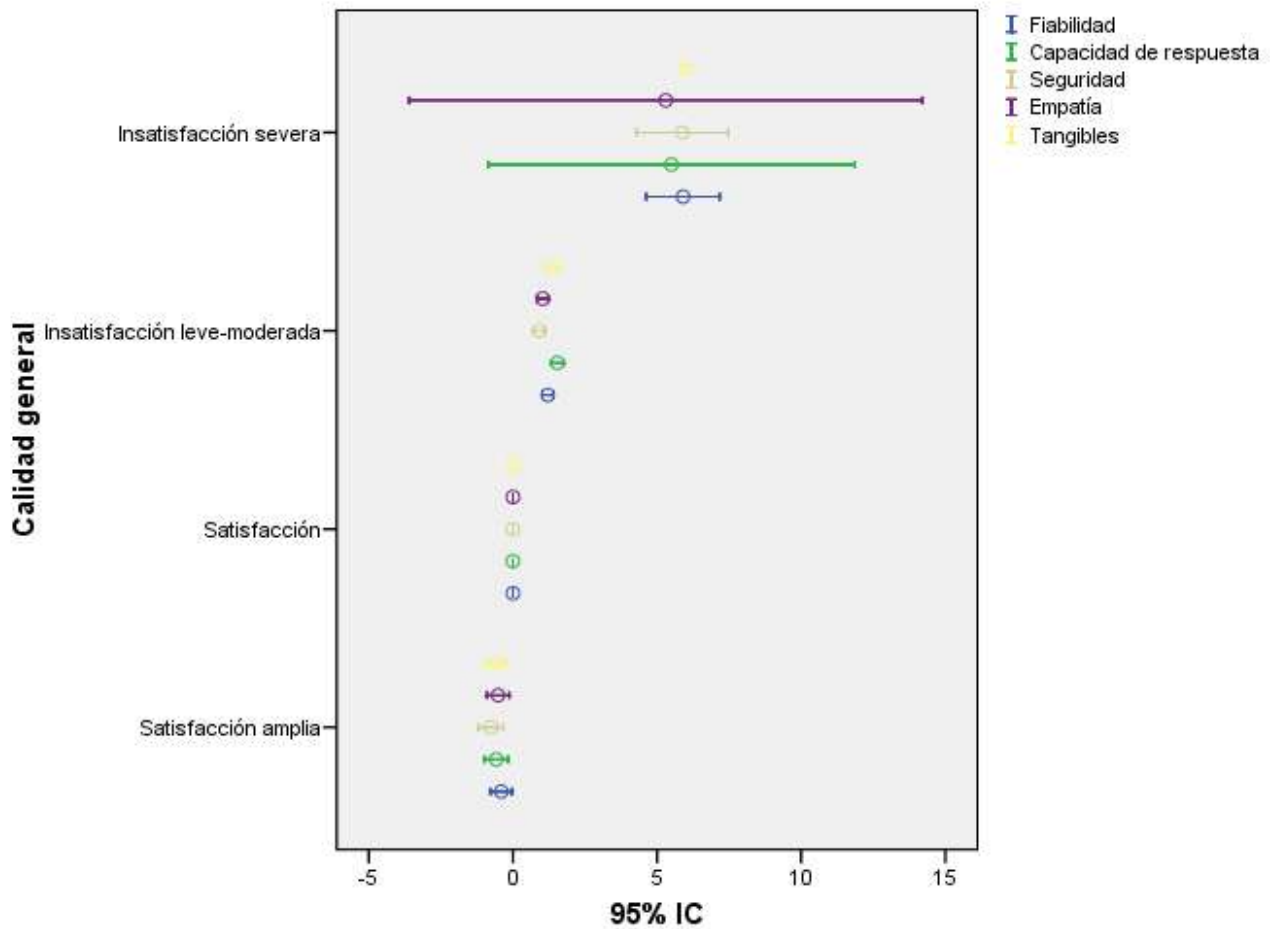
DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD
MÉDICA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL DE LIMA, FEBRERO - 2014

| Especialidad por la que fue atendido | Calidad general | | | | | | | | | | p |
|--|------------------------|-------|--------------|------|-------------------------------------|-------|--------------------------|------|-------|--------|-------|
| | Satisfacción amplia | | Satisfacción | | Insatisfacción leve- moderada | | Insatisfacción severa | | Total | | |
| | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % | |
| Medicina | 11 | 16.9% | 2 | 3.1% | 50 | 76.9% | 2 | 3.1% | 65 | 100.0% | 0.632 |
| Cirugía | 4 | 11.4% | 1 | 2.9% | 30 | 85.7% | 0 | 0.0% | 35 | 100.0% | |
| Gineco- obstetricia | 6 | 16.7% | 0 | 0.0% | 30 | 83.3% | 0 | 0.0% | 36 | 100.0% | |
| Pediatría | 8 | 22.9% | 0 | 0.0% | 27 | 77.1% | 0 | 0.0% | 35 | 100.0% | |
| Total | 29 | 17.0% | 3 | 1.8% | 137 | 80.1% | 2 | 1.2% | 171 | 100.0% | |

En la tabla N°05 no se observa diferencia significativa en la calidad percibida por servicio de atención. En todas las especialidades médicas, los usuarios presentan Insatisfacción leve a moderada en mayor porcentaje, siendo Cirugía el servicio con el porcentaje más alto (85.7%), seguido por Gineco-obstetricia (83.3%). Así también encontramos en la especialidad de Medicina el 3,1% de Insatisfacción Severa, ausente en las otras especialidades; y cabe resaltar que el mayor porcentaje de Satisfacción Amplia se encuentra en la especialidad de Pediatría (22.9%).

GRÁFICO N°12

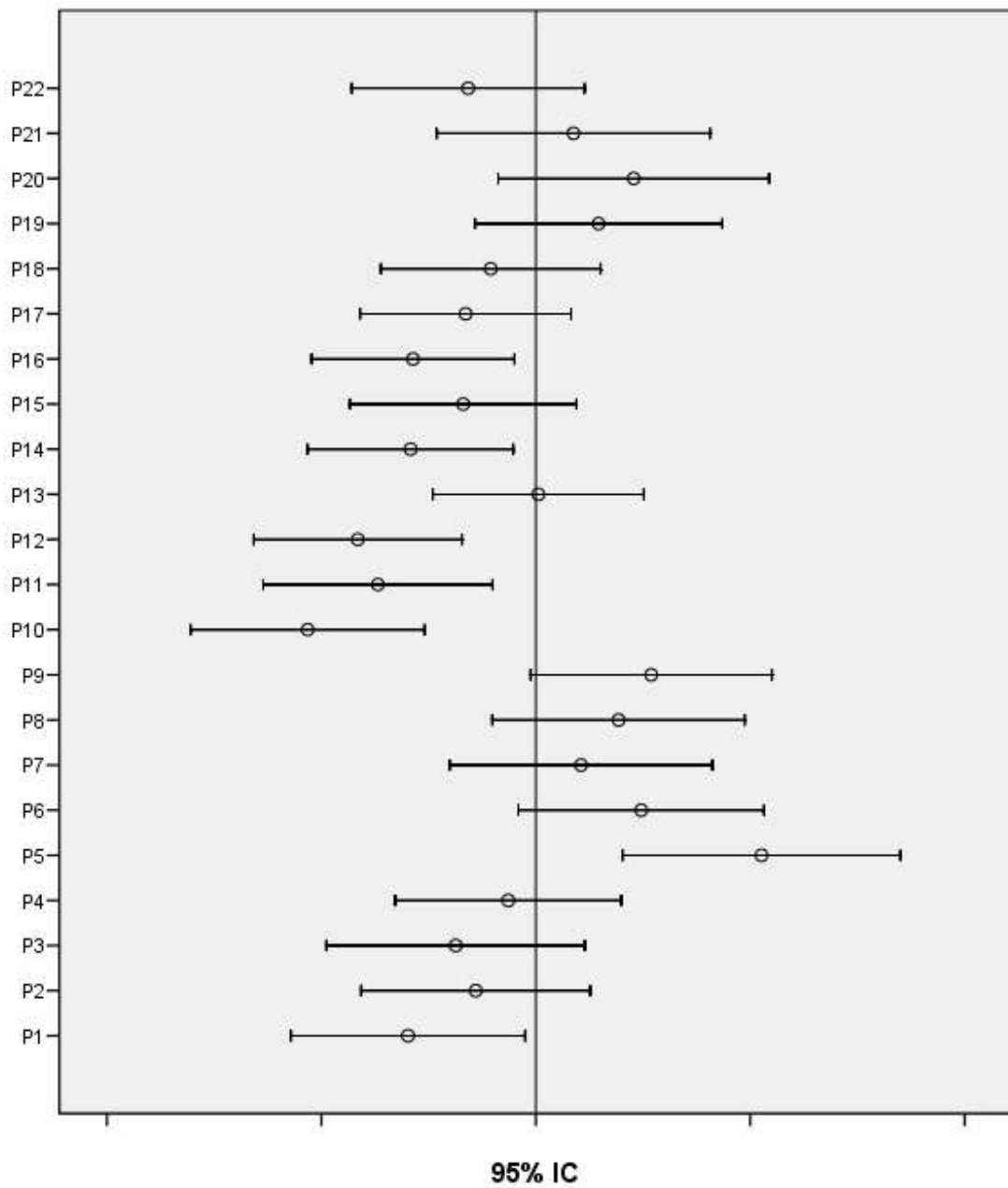
DIMENSIONES DE CALIDAD Y NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA, FEBRERO - 2014



Este gráfico plasma la influencia que tienen las distintas dimensiones de la calidad en los diferentes niveles de satisfacción, con un intervalo de confianza de 95%, donde vemos que lo resaltante es que en la insatisfacción severa, las dos dimensiones que más influyen son la empatía y la capacidad de respuesta.

GRÁFICO N°13

ANÁLISIS DE CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN ÍTEMS DE LA ENCUESTA SERVQUAL PARA USUARIO EXTERNO DE EMERGENCIA MATRIZ DE MEJORA



En este gráfico, observamos las preguntas del instrumento SERVQUAL de la 1 a la 22, ubicadas en la recta numérica donde el centro (0) marca la diferencia entre satisfacción (izquierdo) e insatisfacción (derecho).

Aquí una leyenda de las preguntas utilizadas por SERVQUAL para evaluar calidad de servicio (Tabla N°06):

1. Atención inmediata a la llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa.
2. Consideración de la gravedad del problema de salud del paciente.
3. Atención a cargo del médico.
4. Comunicación con el paciente para explicación del seguimiento de su problema de salud.
5. Disponibilidad de insumos en la farmacia de emergencia.
6. La atención rápida en caja o el módulo de admisión.
7. La atención rápida para tomarse análisis de laboratorio.
8. La atención rápida para tomarse exámenes radiográficos.
9. La atención rápida en farmacia de emergencia.
10. El médico brinda el tiempo necesario para contestar las dudas sobre el problema de salud del paciente.
11. El respeto a la privacidad del paciente.
12. Evaluación completa por el problema de salud por el cual el paciente es atendido.
13. Resolución o mejora del problema de salud motivo de la atención.
14. Trato amable, respetuoso y paciente del personal de emergencia.
15. Interés del personal de emergencia en solucionar dificultades que se presenten durante la atención.
16. Explicación sencilla del médico al paciente sobre el problema de salud o resultado de la atención.
17. Explicación sencilla del médico al paciente sobre los procedimientos o análisis a realizar.
18. Explicación sencilla del médico al paciente sobre el tratamiento.
19. Señalización de Emergencia (carteles, letreros y flechas) que permita la orientación del usuario.
20. Presencia de personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.
21. Disponibilidad de equipos y materiales necesarios para la atención de emergencia.

Las preguntas más resaltantes son la 5, seguida de la 6 y la 20, la 21, la 9, la 8 y la 7, la mayoría correspondientes a las dimensiones de Capacidad de Respuesta y Tangibles.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, realizado a una población de 171 pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, se determinaron los niveles de Satisfacción del Usuario para evaluar Calidad de Atención por medio del Cuestionario SERVQUAL modificado para atención en Emergencia.

La Tabla N°01 nos permite conocer a la población estudiada, ya que podemos observar la distribución de los pacientes encuestados, tomando en cuenta su grupo etáreo, grado de instrucción y especialidad por la cual fue atendido, según sea su sexo.

Entre los 4 grupos de edad, el que predomina en el sexo masculino es el de 46 a 65 años (37.5%), mientras que en el sexo femenino, predomina el grupo etáreo de 26 a 45 años (40.2%); así también, podemos notar que el grupo de edad de mayores de 65 años es el que ocupa menor porcentaje en ambos sexos. Ahora bien, la tabla muestra que los porcentajes mayores en ambos sexos se encuentran en el Grado de Instrucción Superior Universitario, siendo los porcentajes de 42.2% y 44.9% para los sexos masculino y femenino, respectivamente. Además, podemos observar la distribución de los pacientes por especialidad médica y en ambos sexos el porcentaje mayor se encuentra en la especialidad de Medicina, 42.2% en pacientes del sexo masculino y 35.5% en pacientes del sexo femenino.

En los gráficos siguientes (N°01, 02, 03) vemos la distribución de la población según las variables intervinientes usadas en este estudio. Podemos rescatar entonces que de toda la población encuestada, el 62.57% es de sexo femenino (n=107) y en menor porcentaje, el 37.43% que es de sexo masculino (n=64). Así también, en cuanto al grupo etáreo, la población más significativa del estudio se ubica entre los 26 y 45 años con un 36.84%, siendo la siguiente, la de 46 a 65 años con un 30.99%, y la menos significativa, los adultos mayores de 65 años cuyo porcentaje es de 12.28%. En cuanto al grado de instrucción, el nivel Superior Universitario representa el 43.86% de la población encuestada, seguida por el nivel Secundario que ocupa el 53% y el Superior Técnico que ocupa un 23.39%; no se ha encontrado población analfabeta y la población con nivel Primario representa un mínimo de 1.75%.

En el gráfico N°04, se observa la distribución de la población por especialidad médica que atendió, donde la especialidad de Medicina incluye el mayor número de pacientes (n=65), representando éstos el 38.01% de la población estudiada, a diferencia de las otras especialidades médicas que bordean el 20%. Cabe recordar, que la especialidad de Medicina en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central cuenta con 2 tópicos, a diferencia de las otras especialidades que cuentan con 1.

Ahora bien, para comprender los resultados de la Variable Independiente “Calidad de Atención” cumpliendo con los objetivos general y específicos, es necesario recordar que el instrumento usado en esta investigación es la encuesta SERVQUAL modificada para servicios de salud, que evalúa Satisfacción del Usuario y consta de 44 preguntas relacionadas a las cinco dimensiones de la calidad: 22 ítems que recogen la calificación de las Expectativas del paciente o usuario sobre el servicio que va a recibir, y 22 ítems que recogen la calificación de la Percepción del paciente o usuario sobre el servicio que ha recibido. Los ítems del 1 al 5 corresponden a la dimensión de Fiabilidad, del 6 al 9 a la dimensión de Capacidad de Respuesta, del 10 al 13 a la dimensión de Seguridad, del 14 al 18 a la dimensión de Empatía, y del 19 al 22 a la dimensión de Aspectos Tangibles. La calificación usa la escala de Likert del 1 al 7 como se explica en capítulos anteriores y los resultados se hallan en función de la diferencia entre la calificación de Expectativa y Percepción, que se traduce en cada dimensión como:

Satisfacción amplia : <0 a -7

Satisfacción : 0

Insatisfacción leve a moderada: >0 a 5

Insatisfacción Severa >5 a 7,

Y gracias al programa estadístico nos arroja resultados como los que mencionaremos a continuación.

La tabla N°02 y el gráfico N°05 muestran los resultados de la calidad general del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central, en donde podemos observar que el 81.3% de la población estudiada presenta Insatisfacción con predominio de

Insatisfacción leve a moderada (80.1% del total), frente a 18.8% de usuarios que presentan Satisfacción, con predominio de Satisfacción Amplia (17% del total). La calidad de atención entonces, es inadecuada. La diferencia entre ambos valores es muy significativa y los resultados concuerdan con los encontrados en el estudio de Calidad del Servicio de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara de Lima en el año 2011¹⁶, donde se encontró que el 83.6% de los pacientes manifestó insatisfacción global, con predominio de insatisfacción leve a moderada, y sólo el 16.4% mostró satisfacción; mientras que en otro estudio de calidad de atención en Emergencia realizado en Tacna en el Hospital Hipólito Unanue el 2011¹⁸, arroja resultados inversos: el 71% de usuarios presentan satisfacción con el servicio recibido y sólo un 29% presentó insatisfacción. Los resultados de este estudio también concuerdan con los hallazgos del 2013 de la encuesta Integración, específicamente hablando de la calidad total, donde sólo el 14% de los peruanos se sentía satisfecho con la calidad de los servicios de salud en su ciudad.

La tabla N°03 muestra los resultados de Calidad de Atención en función de las cinco dimensiones: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía, Aspectos Tangibles, y podemos observar que en todas ellas, el mayor porcentaje de población presenta Insatisfacción leve a moderada. Sin embargo, la dimensión con mayor porcentaje de Insatisfacción es la de Capacidad de Respuesta (76%) seguida por la de Fiabilidad (73.7%) mientras que la dimensión con mayor porcentaje de Satisfacción es la de Empatía (39.7%), seguida por la de Seguridad (38.6%). Así, los resultados de insatisfacción contrastan con los encontrados en el estudio del Hospital Almenara¹⁶ donde la dimensión que presentó mayor grado de Insatisfacción fue la de Fiabilidad (85,2%) seguida de Aspectos Tangibles (84.3%), sin embargo, los resultados de Satisfacción son similares, ya que fueron las dimensiones de Seguridad y Empatía las que presentaron mayor Satisfacción en dicho estudio. También podemos comparar los resultados de este estudio con los reportados el año 2013 por la encuesta Integración¹¹, donde el 48% de peruanos veían como principal problema la mala atención y el maltrato de los pacientes por parte del médico, lo que corresponde a la

dimensión de Empatía; seguida de la falta de abastecimiento de medicamentos genéricos.

Los Gráficos siguientes (N°06, 07, 08, 09, 10) son un desglose y complemento de la tabla N°10 y muestran los niveles de satisfacción por cada dimensión. En cuanto a la Dimensión de Fiabilidad que incluye los 5 primeros ítems de la encuesta, más del 50% de usuarios presentan Insatisfacción leve a moderada (71.9%, n=123), mientras que los otros niveles de satisfacción no superan el 20% de la población, siendo la Satisfacción amplia un 16.4% (n=28), la Satisfacción un 9.9% (n=17) y la Insatisfacción Severa un 1.8% (n=3). En cuanto a la dimensión de Capacidad de Respuesta que incluye los ítems del 6 al 9, más del 70% de usuarios presentan Insatisfacción leve a moderada (73.7%, n=126), mientras que la Satisfacción amplia representa el 17.5% (n=30), la Satisfacción el 6.4% (n=11), y la Insatisfacción Severa el 2.3% (n=4). En cuanto a la dimensión de Seguridad que incluye los ítems del 10 al 13, más del 50% de usuarios presentan Insatisfacción leve a moderada (60.2%, n=103), mientras que la Satisfacción amplia representa el 21.6% (n=37), la Satisfacción el 17% (n=29), y la Insatisfacción Severa el 1.2% (n=2). En cuanto a la dimensión de Empatía que incluye los ítems del 14 al 18 también más del 50% de usuarios presentan Insatisfacción leve a moderada (59.6%, n=102), mientras que la Satisfacción amplia representa el 17.5% (n=30), la Satisfacción el 22.2% (n=38), y la Insatisfacción Severa el 0.6% (n=1). En cuanto a la dimensión de Aspectos Tangibles que incluye los ítems del 18 al 22, más del 60% de usuarios presentan Insatisfacción leve a moderada (63.2%, n=108), mientras que la Satisfacción amplia representa el 18.7% (n=32), la Satisfacción el 15.8% (n=27), y la Insatisfacción Severa el 2.3% (n=4).

Así, la dimensión con mayor porcentaje de Insatisfacción leve a moderada es la de Capacidad de Respuesta seguida por la de Fiabilidad; la dimensión con mayor porcentaje de Satisfacción Amplia es la de Seguridad seguida por Aspectos Tangibles, mientras que la dimensión con mayor porcentaje de Satisfacción propiamente dicha, es la de Empatía y, si bien la población que presenta Insatisfacción severa no supera el 5% en ninguna dimensión, las dimensiones que presentan los porcentajes más altos de

Insatisfacción severa son las de Capacidad de Respuesta y Aspectos Tangibles con un 2.3% del total de entrevistados.

Es importante rescatar que, a diferencia de los hospitales nacionales cuya dimensión deficiente predominante es la Empatía, factor de bastante importancia en la calificación de calidad en Latinoamérica, en el Hospital Militar motivo de estudio la dimensión de Empatía es la que tiene el porcentaje más alto de Satisfacción, sin llegar al 40%.

El gráfico N°11 muestra las cinco dimensiones de calidad en función de los niveles de satisfacción global. Observamos que en promedio, todas las dimensiones se encuentran al lado derecho partiendo del centro (0.0 = equilibrio entre expectativas y percepciones), comportamiento que se traduce en insatisfacción. Sin embargo, la dimensión de Seguridad es la que más se aproxima al punto 0, mientras que la dimensión de Capacidad de Respuesta es la que más se aleja del punto 0 hacia el lado derecho de la recta, por lo que los ítems incluidos en esta dimensión (relacionados a rapidez de atención en las distintas unidades de salud del servicio de Emergencia) fueron los que presentaron mayor insatisfacción.

En la Tabla N°04 se observa la relación entre calidad general de atención y las variables intervinientes, no existiendo diferencia significativa en las variables Sexo y Grado de Instrucción ya que el valor de p es mayor de 0.005. Sin embargo, en la variable Grupo Etéreo, existe un mayor porcentaje de Insatisfacción leve a moderada en el grupo de 46 a 65 años (90.6%), seguido por el grupo de 26 a 45 años (84.1%) y por el grupo de mayores de 65 años (81%); así también encontramos el mayor valor de satisfacción amplia entre los pacientes de 13 a 25 años (44.1%).

En la Tabla N°05 observamos la relación entre calidad general de atención y las especialidades médicas, siendo el valor de $p=0.632$ no existiendo diferencia significativa en la calidad percibida entre las especialidades médicas. En todas ellas, el porcentaje de insatisfacción está alrededor del 80%, siendo Cirugía la especialidad con el valor más alto (85.7%), seguido por Gineco-obstetricia (83.3%). El valor más alto de Satisfacción se encuentra en la especialidad de Pediatría con un 22.9%, seguido por Medicina con un 20%.

Los gráficos N°12 y 13, nos permiten conocer los puntos por los que se puede abordar el problema de la insatisfacción con el servicio brindado. El gráfico N°12, plasma la influencia que tienen las distintas dimensiones de la calidad en los diferentes niveles de satisfacción con un intervalo de confianza de 95%, donde podemos resaltar que en la insatisfacción severa, las dos dimensiones que más influyen son la empatía y la capacidad de respuesta, resultados que coinciden con el estudio publicado el 2012 “Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil” donde se concluye que los pacientes valoran mucho el "tono" afectivo o la calidez humana durante el encuentro clínico y a su vez, refuerza la necesidad de trabajar intensamente en la formación y capacitación continua de recursos humanos, profesionales y no profesionales, que incluya no solo temas técnicos sino también temas relacionados al trato adecuado, interculturalidad y derechos de los ciudadanos¹¹.

El gráfico N°13 plasma los 22 ítems (descritos en la Tabla N°06) que representan las cinco dimensiones de calidad ubicadas en la recta para evaluar la tendencia de respuesta. Así, los ítems cuya media está hacia el lado derecho de la línea central presentan insatisfacción, mientras que los que están al lado izquierdo de la línea central presentan satisfacción.

Observamos que el ítem nro. 05 de la encuesta que representa a “La farmacia de emergencia cuenta con los medicamentos que receta el médico”, es el que se encuentra más a la derecha, lo que se traduce en una alta insatisfacción y debería ser una de las prioridades a mejorar. Los demás ítems que han demostrado insatisfacción por parte de los usuarios estudiados son el 9, el 6 y el 20, seguidos del 19 y 8, y posteriormente el 7 y el 21, correspondientes a la dimensión de Capacidad de Respuesta (6, 7, 8 y 9) referida en el cuestionario como la rapidez de la atención en las distintas unidades de salud involucradas en el Proceso de Atención de Emergencia como admisión, laboratorio, imágenes y farmacia; y a la dimensión de Aspectos Tangibles (19, 20 y 21) referida en el cuestionario a la señalización, orientación, infraestructura y equipamiento que permite el desarrollo óptimo del Proceso de Atención, puntos clave que deben ser tomados en cuenta como prioridad en las estrategias de mejora del Servicio del Emergencia del Hospital Militar Central.

Cabe resaltar también, que el ítem nro. 10 correspondiente al tiempo brindado por el médico para subsanar dudas durante la atención es el que logró obtener más satisfacción del usuario, seguido por los ítems referidos a la evaluación médica relacionada al problema de salud, al respeto a la privacidad, a la atención inmediata sin discriminación, al trato de personal de emergencia, a la comunicación entre médico y paciente relacionada al problema de salud, entre otros pertenecientes a las dimensiones de Seguridad, Empatía y Fiabilidad.

CONCLUSIONES

1. La población atendida en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central de Lima “Luis Arias Schreiber” presenta un alto porcentaje de insatisfacción con el servicio de salud recibido. Así, la calidad de atención es deficiente en los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia.
2. El estudio de Calidad por dimensiones nos ha permitido ver insatisfacción en todas las dimensiones de Calidad, a predominio de insatisfacción leve a moderada, en más del 50% de pacientes por cada dimensión; es así que la calidad de atención es deficiente en las cinco dimensiones: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles.
3. Las dimensiones con mayor porcentaje de Insatisfacción son las de Capacidad de Respuesta y Fiabilidad mientras que las dimensiones con mayor porcentaje de Satisfacción son las de Empatía y Seguridad.
4. Existe un mayor porcentaje de Insatisfacción leve a moderada en el grupo etéreo de 46 a 65 años seguido por el grupo de 26 a 45 años; mientras que el mayor valor de satisfacción amplia se encuentra entre los pacientes de 13 a 25 años (44.1%).
5. Las dimensiones que más influyen en la Insatisfacción Severa según nuestro estudio son la Empatía y la Capacidad de Respuesta, lo que nos da una idea de las necesidades y expectativas prioritarias de nuestros usuarios y orienta los esfuerzos a trabajar en capacitación de recursos humanos, no solo en temas técnicos, sino también en temas de trato interpersonal e interculturalidad.
6. Ante una propuesta de mejora de la calidad, es necesario priorizar las dimensiones de Capacidad de Respuesta y Aspectos Tangibles, ya que demostraron tener mayor cantidad de ítems en los que el usuario presentó insatisfacción.

RECOMENDACIONES

1. Plantear el uso de trabajos de investigación en Calidad como base para un monitoreo continuo de la Calidad de atención del Servicio de Emergencia. E incluir planes de mejoramiento continuo teniendo como prioridad los puntos críticos de insatisfacción percibida por los usuarios, como las dimensiones de Capacidad de Respuesta y Aspectos Tangibles. El orden de las necesidades o expectativas de los usuarios puede variar con el tiempo y con las circunstancias, es preciso llevar a cabo un estudio continuo de sus necesidades más importantes y lo que determina su satisfacción con la atención que reciben.
2. En relación a los ítems peor calificados, definir los problemas puntuales del Proceso de Atención que generan insatisfacción como son (en el orden mencionado) los referidos al abastecimiento de medicamentos en farmacia de emergencia y su atención rápida, la escasez de personal que guíe y oriente a los pacientes, la rapidez de la atención en caja o admisión, la rapidez de atención para exámenes de imagen, la señalización del Servicio de Emergencia, la rapidez de atención para exámenes de laboratorio, el equipamiento del servicio y la resolución del problema de salud que llevó al paciente a la emergencia.
3. Una vez definidos los problemas idear soluciones, como por ejemplo la colocación de un croquis del Servicio de Emergencia a la entrada para evitar la desorientación del paciente, la colocación de un buzón de sugerencias y/o reclamos y la implementación de un servicio activo de Triage, que reduce los tiempos de espera innecesarios por tratar patologías que no son Emergencias, evitando la congestión del Servicio y favoreciendo el desarrollo óptimo del Proceso de Atención para mejorar la calidad de servicio.
4. Continuar con las características del servicio calificadas con mayor satisfacción, y establecer políticas internas de estímulo a las unidades de salud que presenten mejores resultados de satisfacción y mejor cumplimiento de los planes de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anna Gabriela Ross, José Luis Zeballos y Alberto Infante. “La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe”. En Revista Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 8 (1/2), 2000.
2. De León, Oscar; Arteaga, Oscar e Irene Schiattino. “Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al Centro de Salud de Acatenango, Guatemala”. En Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 7 (2). 2003
3. Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda, “Políticas y Programas de Salud en América Latina: Problemas y Propuestas” División de Desarrollo Social, Naciones Unidas, Diciembre 2005
4. Política Nacional de Calidad en Salud: Documento Técnico (R.M. Nro 727-2009/Minsa). Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Lima, MINSA, 2009
5. MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006.
6. MINSA. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud. Documento técnico. Julio 2013
7. Manuel Civera Satorres. “Análisis de la Relación entre la Calidad y Satisfacción en el Ámbito Hospitalario en función del Modelo de Gestión establecido” [Tesis Doctoral] Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas.
8. Alvarado, Rubén y Aldo Vera. “Evaluación de la Satisfacción de Usuarios de Hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile”. En Revista Chilena de Salud Pública. Vol. 5 (2-3), 2001.
9. Carmen Lucía Liza Gonzáles. “Percepción de la Calidad de atención en Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima en el Cono Norte” [Tesis Doctoral]
10. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. “Sistema de Salud del Perú” Revista Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S243-S254.

11. [MINSA] Resumen Ejecutivo Informa de Salud. Integración 2013
12. Emilio Cabello, Jesús L. Chirinos. “Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud” Revista Médica Herediana 2012; 23(2); 88-95
13. T. Dierssen-Sotos, P. Rodríguez-Cundín, M. Robles-García, V.Brugos-Llamazares, I. Gómez-Acebo, J. Llorca. “Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria” An. Sist. Sanit. Navar.2009, Vol. 32, Nro 3.
14. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. 1946
15. Diccionario Médico Ilustrado de Dorland. 28th ed., Phila, Saunders, 1994
16. Andrade, Martínez y Saco. “Satisfacción del usuario de los Servicios de Hospitalización del Hospital de apoyo Nro 1 MINSA-Cusco, de noviembre de 1999 a enero de 2000” [Tesis de grado profesional] Univ. San Antonio Abad del Cusco.
17. Gutierrez-Flores, Maykel Fernando. “Satisfacción del usuario externo de los Servicios de Hospitalización del Hospital de Apoyo Departamental Hipólito Unanue de Tacna – junio del 2001” [Tesis de grado profesional] Univ. Privada de Tacna.
18. María Luz Mamani Macedo, “Calidad de Atención Percibida por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2011” [Tesis Doctoral: Doctor en Ciencias de la Salud].UNMSM. Lima 2012
19. Luis Enrique Podestá Gavilano, “Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital Essalud Vitarte” [Tesis de Grado Profesional] UNMSM, Lima – Perú, 2012.
20. Coaquira-Alania, Jorge Paulo. “Percepción de calidad en la atención que tienen los usuarios en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante enero 2011”. [Tesis de Grado Profesional] Universidad Jorge Basadre Grohoman, 2011.

21. Niño-Effio BS., Perales-Carrasco JC., Chavesta-Manrique XC., Leguía-Cerna JA., Díaz-Vélez C. “Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque, Octubre-2010” Rev. Cuerpo Médico HNAAA 5(1), 2012.
22. Cabanillas-Vargas, Telma Talía. “Percepción de la calidad de atención por el usuario externo en el centro de salud San Francisco en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna en el año 2011” [Tesis de Grado Profesional] Universidad Privada de Tacna, 2011.
23. Correa Loureiro S.M., Miranda Gonzáles F. J. “Calidad y Satisfacción del Servicio de Urgencias Hospitalarias: Análisis de un Hospital de la Zona Centro de Portugal” Portugal, 2009 Investigaciones Europeas, Vol. 16, Nº 2, 2010, pp. 27-41
24. Acosta L., Burrone MS., López de Neira MJ., Lucchese M., Cometto C., Ciuffolini B., Didoni M., Jure H., Acevedo G., Estario JC., Fernández AR. “Análisis de la satisfacción del usuario en Centros de Salud del Primer Nivel de Atención en la Provincia de Córdoba, Argentina” Rev. Elect. Enfermería Global, Vol.10 Nro.1. (2011).
25. Losada-Otálora, Mauricio; Rodríguez-Orejuela, Augusto. “Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del *Marketing*” Cuad. Adm. Bogotá (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre, 2007.
26. Ing. Humberto Cárdenas Sierra, “Gestión de Calidad”. Curso On-line [<http://gestion-de-la-calidad.wikispaces.com/file/view/gestion-calidad.pdf>]
27. Organización Panamericana de la Salud “Programa de Garantía y mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud en América Latina y El Caribe” Washington, D.C: OPS; 1999
28. John Tschohl, “Achieving Excellence Through Customer Service” , 2008, USA
29. Aguirre-Gas, Héctor Gerardo. “Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica” Cir Ciruj. Vol 76, No 2, 187-196. Marzo-Abril 2008. www.medigraphic.com

30. Abarca-Rodríguez, Allan. “La calidad desde los usuarios del Servicio de Salud” En: “La Salud Pública en Costa Rica”, Universidad de Costa Rica; 2011, pág. 471-490.
31. Grönroos C. (1994). Marketing y Gestión de Servicios: la Gestión de los momentos de la verdad y la competencia de los servicios. Ed. Díaz de Santos, Madrid, p.81
32. Gómez-Juanola, Manolo; Pérez-Carvajal, Alexis; Moya-Rodríguez, Mayra, Reyes-Llanes, Mabel. “Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario”. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2004 Jun; 20(3): www.scielo.sld.cu
33. Massip-Pérez, Coralia; Ortiz-Reyes, Rosa María; Llantá-Abreu, María del Carmen; Peña-Fortes, Madai; Infante-Ochoa, Idalmis. “La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad” Rev. Cubana de Salud Pública Vol.34 Nro.4 Ciudad de La-Habana oct.-dic.2008
34. Caminal, Josefina. “La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios” Rev. Calidad Asistencial, 2001; 16, 276-279.
35. Alegre-Romero, Marco. “Derechos de los pacientes” En: Colegio Médico del Perú, Sociedad Peruana de Auditoría Médica.
36. Williams JR. Manual de Ética Médica. Francia: Asociación Médica Mundial; 2005: 14-60.
37. Dra. Adriana Lapeira Mix, “Opinión de usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Marta, durante el año 2005” [Tesis de Grado Profesional de Magister en Administración de Servicios de Salud sostenible] San José, Costa Rica, Julio 2006

ANEXOS

1. Cuestionario de Calidad de Atención en Pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central (SERVQUAL)

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (SERVQUAL)

“Estimado usuario, califique entre 1 a 7 la importancia que usted le otorga a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con **la atención que usted ESPERA recibir en el servicio de emergencia del HMC**. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación”

| Expectativas | Calificación |
|---|---------------------|
| 1. Los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa | |
| 2. Que la atención en emergencia se realice considerando la gravedad del problema de salud del paciente | |
| 3. Que su atención en emergencia esté a cargo del médico | |
| 4. Que el médico mantenga suficiente comunicación con Ud. O sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud. | |
| 5. Que la farmacia de emergencia cuente con medicamentos que recetará el médico | |
| 6. Que la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida | |
| 7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida | |
| 8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida | |
| 9. Que la atención en farmacia de emergencia sea rápida | |
| 10. Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud | |
| 11. Que durante su atención en emergencia se respete su privacidad | |
| 12. Que el médico realice una evaluación completa por el problema de salud por el cual es atendido | |
| 13. Que el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore | |
| 14. Que el personal de emergencia le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia | |
| 15. Que el personal de emergencia le muestre interés en solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención | |
| 16. Que el médico le explique a Ud o a sus familiares con palabras fáciles de entender, el problema de salud o resultado de la atención | |
| 17. Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender, los procedimientos o análisis que le realizarán | |
| 18. Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos | |
| 19. Que la señalización de Emergencia (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes | |
| 20. Que la Emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes | |
| 21. Que la Emergencia cuente con equipos y materiales necesarios para su atención | |
| 22. Que los ambientes del servicio de Emergencia sean limpios, cómodos y acogedores. | |

“Estimado usuario, califique entre 1 a 7 a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con **la atención que usted HA RECIBIDO** en el servicio de emergencia del HMC. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación”.

| Expectativas | Calificación |
|--|---------------------|
| 1. Ud. o su familiar fue atendido inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa | |

| | |
|--|--|
| 2. Su atención en emergencia se realizó considerando la gravedad de su problema de salud | |
| 3. Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico | |
| 4. El médico mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud | |
| 5. La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico | |
| 6. La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida | |
| 7. La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida | |
| 8. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida | |
| 9. La atención en farmacia de emergencia fue rápida | |
| 10.El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud | |
| 11.Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad | |
| 12.El médico realizó una evaluación completa por el problema de salud por el cual fue atendido | |
| 13.El problema de salud por el cual fue atendido se resolvió o mejoró | |
| 14.El personal de emergencia le escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto y paciencia | |
| 15.El personal de la emergencia le mostró interés en solucionar cualquier dificultad que se presentó durante su atención | |
| 16.El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención | |
| 17.El médico le explicó a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron | |
| 18.El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos | |
| 19.La señalización de emergencia (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes | |
| 20.El servicio de emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes | |
| 21.El servicio de emergencia contó con equipos y materiales necesarios para su atención | |
| 22.Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios, cómodos y acogedores. | |

Datos del paciente:

- **Servicio de Atención en Emergencia:**

Medicina___

Cirugía___

Pediatría___

Ginecoobstetricia___

- **Sexo:**

Masculino___

Femenino___

- **Grado de Instrucción:**

Sin instrucción___

Primaria___

Secundaria___

Superior___

- **Edad:**

Entre 12 y 25 años___

Entre 26 y 45 años___

Entre 46 y 65 años___

Mayor de 65 años___