

CÍRCULOS DE CALIDAD DE ATENCIÓN, SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

ABNER ALFEO FONSECA LIVIAS
REYNALDO MARCIAL OSTOS MIRAVAL
ROSARIO VARGAS RONCAL



Instituto Latinoamericano de Altos Estudios

Círculos de calidad
de atención, servicios
de salud y satisfacción
del usuario externo

Círculos de calidad de atención, servicios de salud y satisfacción del usuario externo

Abner Alfeo Fonseca Livias
Reynaldo Marcial Ostos Miraval
Rosario Vargas Roncal

Queda prohibida la reproducción por cualquier medio físico o digital de toda o un aparte de esta obra sin permiso expreso del Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–.

Publicación sometida a evaluación de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación está bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN 978-958-5535-86-2

- © ABNER ALFEO FONSECA LIVIAS, 2021
 - © REYNALDO MARCIAL OSTOS MIRAVAL, 2021
 - © ROSARIO VARGAS RONCAL, 2021
 - © Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–, 2021
- Derechos patrimoniales exclusivos de publicación y distribución de la obra
Cra. 18 # 39A-46, Teusquillo, Bogotá, Colombia
PBX: (571) 232-3705, FAX (571) 323 2181
www.ilae.edu.co

Diseño de carátula y composición: JESÚS ALBERTO CHAPARRO TIBADUIZA
Edición electrónica: Editorial Milla Ltda. (571) 702 1144
editorialmilla@telmex.net.co

Editado en Colombia
Published in Colombia

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO PRIMERO	
PROCESOS DE CALIDAD, BIENESTAR Y SATISFACCIÓN EN EL USUARIO	17
I. Calidad	17
II. Calidad y satisfacción	20
III. Bienestar y satisfacción	22
IV. El proceso de satisfacción y las prácticas institucionales hospitalarias	24
V. Evaluación de la satisfacción del usuario externo	25
CAPÍTULO SEGUNDO	
LOS CÍRCULOS DE CALIDAD Y EL ITINERARIO SOBRE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALARIO COMÚN	27
I. Círculos de calidad	27
II. Propósitos de los círculos de calidad	31
III. Participación voluntaria	32
IV. Itinerarios de la atención al paciente	34
V. Satisfacción del paciente	35
VI. Medición de la satisfacción de un paciente	37
Capítulo tercero	
Principios éticos en los círculos de calidad	39
I. La ética y los círculos de calidad	39
II. La bioética y los círculos de calidad	41
III. Los principios bioéticos y la atención al usuario	44

CAPÍTULO CUARTO

CALIDAD, SATISFACCIÓN Y NOCIONES PARA LA

ATENCIÓN DEL USUARIO: ANÁLISIS Y RESULTADOS

	47
I. Objetivo general	48
II. Objetivos específicos	48
III. Hipótesis general	49
IV. Hipótesis específicas	49
V. Población	49
VI. Muestra	50
VII. Variables	50
VIII. Tipos y métodos de estudio	51
IX. Diseño de investigación	51
X. Técnicas e instrumentos	52
XI. Procedimiento	52
XII. Plan de tabulación y análisis	53
XIII. Análisis de resultados	54
XIV. Análisis Estadístico	55
A. Clasificación de la satisfacción en los servicios de salud críticos durante la observación previa al experimento	55
B. Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de salud posterior al experimento	60
C. Comparación de las observaciones de pre y post test en el grupo control en relación a la satisfacción de los usuarios externos	65
D. Comparación de las observaciones de pre y post test en el grupo experimental en relación a la satisfacción de los usuarios externos	69
E. Comparación de la satisfacción del usuario externo, datos generales posteriores al experimento	74
XV. Contrastación de la hipótesis	75
XVI. Contrastación de la hipótesis	77
XVII. Contrastación de la hipótesis	80
XVIII. Discusión de resultados	82
CONCLUSIONES	86

Abner Alfeo Fonseca Livias y Reynaldo Marcial Ostos Miraval y Rosario Vargas Roncal

RECOMENDACIONES	88
A los establecimientos de salud	88
A la diresa	89
A los investigadores	89
CAPÍTULO QUINTO	
CARTOGRAFÍA SOBRE LA CALIDAD Y LOS SERVICIOS EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD	91
BIBLIOGRAFÍA	97
LOS AUTORES	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Usuarios externos según sexo	54
Tabla 2	Satisfacción respecto a la comunicación en los servicios de salud crítico observado previo al experimento	55
Tabla 3	Satisfacción respecto al trato recibido en los servicios de salud críticos observados previo al experimento	57
Tabla 4	Satisfacción respecto al tiempo de espera recibido en los servicios de salud crítico observados previo al experimento	58
Tabla 5	Satisfacción de la comunicación en servicios de salud críticos posterior al experimento en los Grupo Control y Grupo Experimental	60
Tabla 6	Satisfacción según trato recibido en los servicios de salud críticos posterior al experimento en el grupo control y experimental	62
Tabla 7	Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos posterior al experimento en el grupo control y experimental	63
Tabla 8	Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Control	65
Tabla 9	Satisfacción por el trato recibido en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Control	66

Tabla 10	Satisfacción del tiempo espera en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el grupo control	68
Tabla 11	Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Experimental	69
Tabla 12	Satisfacción del trato recibido en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Experimental	71
Tabla 13	Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Experimental	72
Tabla 14	Grupo control y Experimental según comunicación durante la atención después del experimento	74
Tabla 15	Grupo control y experimental según trato recibido durante la atención después del experimento	76
Tabla 16	Grupo control y experimental según tiempo de espera después del experimento	78
Tabla 17	Grupo control y experimental según tiempo de espera en minutos después del experimento	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Usuarios externos según sexo del grupo experimental y control en establecimientos de salud	54
Figura 2	Satisfacción respecto a la comunicación en los servicios de salud críticos durante la observación previa al experimento	56
Figura 3	Satisfacción respecto al trato recibido en los servicios de salud críticos durante la observación previa al experimento	57
Figura 4	Satisfacción respecto al tiempo de espera en los servicios de salud crítico durante la observación previa al experimento	59
Figura 5	Satisfacción sobre la comunicación en los servicios de salud críticos grupo control y experimental posterior al experimento	61
Figura 6	Satisfacción del trato recibido en los servicios de salud críticos grupo control y experimental posterior al experimento	62
Figura 7	Satisfacción del tiempo de espera en servicios de salud críticos grupo control y experimental posterior al experimento	64

Figura 8	Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos antes y después del experimento grupo control	65
Figura 9	Satisfacción del trato recibido durante la atención por servicios de salud críticos en el pre test y post test, grupo control	67
Figura 10	Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo control	68
Figura 11	Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo experimental	70
Figura 12	Satisfacción del trato recibido en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo experimental	71
Figura 13	Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo experimental	73
Figura 14	Grupo control y experimental según comunicación durante la atención en el post test	74
Figura 15	Grupo control y experimental según el trato recibido durante la atención en el post test	76
Figura 16	Grupo control y experimental posterior al experimento según el tiempo de espera para recibir una atención en salud	78
Figura 17	Grupo control y experimental posterior al experimento según el tiempo de espera en minutos para recibir una atención en salud	80
Figura 18	Zona de aceptación de la Hipótesis nula y punto crítico de la T	82

INTRODUCCIÓN

Un panorama acerca de la situación real de la atención a los usuarios en establecimientos, hospitales, clínicas y centros dedicados a solventar algún inconveniente relacionado con la salud, puede significar a grandes rasgos, describir de manera global lo que en la actualidad sucede en estos centros, donde el principal objetivo es atender y coordinar, a la hora de una situación que amerite la atención médica u hospitalaria. Si bien, este parece ser el perfil que caracteriza a los centros hospitalarios, la realidad dista de circunstancias precisas, lo que se traduce en que no son los centros como instancias físicas, sino que son los rasgos de la atención lo que logra determinar los niveles elevados acerca de la efectividad de la misma, justo a un público que amerita de atenciones especiales. De allí que se hace necesario un análisis en torno a estas dinámicas que buscan en primer lugar, orientar de manera eficaz los principios que rigen la atención en centros especializados en salud pública y también privada, y, en segundo lugar, las pautas y protocolos que se necesitan para una debida y responsable atención al usuario que lo requiera.

Este libro, en principio, está orientado a fundamentar desde un corpus teórico los referentes más puntuales y esclarecedores que invitan a la reflexión sobre los postulados conceptuales. En este sentido, un primer capítulo revisa las nociones sobre la calidad y sus características, así como la atención al usuario, en concreto a uno determinado, tipos de calidad, además, se incorpora una revisión sobre la satisfacción, y los niveles que intervienen en la atención al usuario. Un segundo capítulo, indaga los círculos de calidad, propósitos, participación voluntaria, itinerarios de la atención al paciente, la satisfacción del paciente y la medición de la satisfacción de los mismos.

A continuación, el tercer capítulo aborda los principios éticos y los círculos de calidad, la bioética, principios y la atención al usuario externo. El cuarto capítulo establece los análisis y los resultados de la investigación a través de la representación de tablas y figuras. El quinto y último capítulo ofrece un panorama de la situación de la atención en centros hospitalarios, así como los niveles de incidencia en el comportamiento de los usuarios y funcionarios que prestan un servicio. Cierra este libro con un conjunto de referentes teóricos recientes que otorga carácter a la investigación.

CAPÍTULO PRIMERO

PROCESOS DE CALIDAD, BIENESTAR Y SATISFACCIÓN EN EL USUARIO

Un aspecto sobresaliente en toda organización es la calidad que presta, sin embargo, es importante conocer a qué tipo de calidad se refiere cuando se menciona esta expresión. Cuando se oye la expresión “calidad”, de inmediato se hace alusión a los niveles de satisfacción que provoca no solo desde el grado personal o individual, sino también desde una configuración colectiva. La prestación de servicio puede estar sujeta a diversos factores que inciden en la calidad, así como en la dinámica de la misma organización. Un aspecto importante es la acción que es emprendida por los funcionarios, además de los usuarios en la realización de sus demandas, sobre los niveles bajos o altos en satisfacción, sobre los altos índices de angustia, depresiones creadas a partir de un mal tratamiento en centros u hospitales. De igual manera, la comunicación cumple un rol decisivo en la configuración desde el ámbito laboral hasta ocupar un plano mucho más personal.

I. CALIDAD

La calidad se define de acuerdo a diversos planteamientos como la totalidad en valores reales de las funciones requeridas, así mismo se precisa como la ausencia de deficiencias de un determinado bien o servicio. También se define como el comportamiento de un bien producido o de un servicio ofrecido por alguien o por algo, capaces de responder a las exigencias y a generar un conjunto de satisfacciones desde un plano ante todo real. Según la Organización Mundial de la Salud, citada por EVELYN LIVIA PARIPANCCA HERRERA, la calidad es:

Un enfoque con perspectiva de salud pública como el desempeño apropiado (según los estándares) de las intervenciones confirmadas como seguras, que sean financieramente accesibles a la sociedad en cuestión y con capacidad de producir un impacto sobre la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición¹.

Aun cuando la expresión ha sido empleada para medir los resultados en materia tecnológica e incluso industrial, la calidad solo se le conocía para designar todo aquello que fuera consecuencia de un buen servicio. Por lo que el concepto de calidad no es una idea que está sujeta a un estatismo absoluto, antes bien, este mismo es un concepto cuyo sentido es dinámico. Para HÉCTOR ROBLEDO GALVAN *et al*:

Los estudiosos del tema indican que el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perene, por el contrario, evoluciona conforme maduran y avanzan por un lado la atención médica y por otro los conceptos de calidad que se aplican a las diversas organizaciones².

Desde esta perspectiva, la calidad se centra en los fundamentos subjetivos, debido a que cada quien sostiene una determinada evaluación acerca de un desempeño en particular. Dentro del ámbito de la salud, el prestador de servicio ofrece una serie de datos, así como de informaciones en torno a una realidad también concreta, sin embargo, de este prestador va a depender que los niveles de optimización estén en consonancia con los requerimientos y las demandas de los usuarios. Siendo efectivo el nivel de calidad estará cumpliendo con sus planes u objetivos que se han fijado con antelación a través de un conjunto de orientaciones precisas en torno a la prestancia de algún servicio.

La calidad confiere en una determinada realidad diversos planteamientos, que están orientados en función de los comportamientos de

1 EVELYN LIVIA PARIPANCCA HERRERA. "Calidad de servicio y satisfacción en la atención de los usuarios externos referidos en un hospital de asociación público privada. 2016-2017", tesis de maestría, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019, disponible en [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10164/Paripanca_he.pdf?sequence=3&isAllowed=y], p. 16.

2 HÉCTOR ROBLEDO GALVAN, JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA, GERMÁN E. FAJARDO DOLCI y DAVID OLVERA LÓPEZ. "De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud", *Revista Conamed*, vol. 17, n.º 4, 2012, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4175520.pdf>], p. 175.

un buen servicio, no siendo definitivas las apreciaciones individuales o parciales, antes bien, la aplicación de ciertos métodos puede arrojar y desembocar después en resultados óptimos o en su defecto, resultados desfavorables que pongan en riesgo la imagen de la institución. De igual manera, DODABEDIAN, citado por MIGUEL ÁNGEL TRESIERRA AYALA, señala que la “calidad de la atención es aquella que se espera que pueda suministrar al usuario el máximo y más integral bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”³.

Otro de los aspectos que se desea destacar es aquel que logra reunir o satisfacer los requerimientos estandarizados, de manera que aquellas necesidades no cubiertas se traducen en un deficiente y precario ejercicio en la prestación de servicio, por lo que se entiende que aquellos que no logran alcanzar las necesidades exigidas no se consideran de calidad. Los niveles de exigencia entre los usuarios que siempre asisten a hospitales o clínicas privadas son cada día más altos, debido a muchos factores que inciden en su toma de decisiones, por lo que éstas estarán sujetas a las atenciones que el cliente o el usuario reciben. Un rasgo determinante y esclarecedor en el tema de la calidad tiene que ver con las competencias de aquellos que prestan un servicio específico, una vez que este haya cubierto con sus servicios, las expectativas de haber ofrecido un trabajo de calidad no determina en grado sumo, los niveles de satisfacción, puesto que estos mismos estarán condicionados a los aspectos individuales, no relacionados con el desempeño que pudiera verse afectado, debido a las impresiones de los usuarios, quienes establecerán un juicio valorativo sobre ese servicio.

Otro ámbito importante y fundamental es que la calidad es en esencia subjetiva, debido a que para unos puede ser de calidad una determinada acción, así como puede significar una pésima perspectiva para otros. En salud, bien se sabe que las personas de un bajo nivel social pueden conformarse con ser atendidos por el profesional indicado, no

3 MIGUEL ÁNGEL TRESIERRA AYALA. “Determinantes de la calidad sentida de los servicios de salud nivel III. ESSALUD, 2015”, tesis de maestría, Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2019, disponible en [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4555/1/REP_MAEST.MEDE_MIGUEL.TRESIERRA_DETERMINANTES.CALIDAD.SENTIDA.SERVICIOS.SALUD.NIVEL.III.ESSALUD.2015.pdf].

importándoles en muchos casos tener que padecer grandes periodos de espera, y que le sean dadas citas muy largas en el tiempo que no podrían ser aceptadas por otras personas de otro nivel social, quienes están acostumbradas a otro tipo de trato o atención, por lo que sus niveles de exigencia son más elevados. En este sentido, el concepto de la calidad para ambas situaciones es distinto.

Entre las definiciones ofrecidas están otras variantes de la calidad, las cuales están asociadas sobre todo a lo que DONABEDIEN citado por JESÚS NOE MAGUIÑA GOMERO y KIARA NEWZA PAREDES AMAYA: expone de la siguiente manera:

El tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez considerado el balance de ganancias y pérdidas que posee relación con todas las partes del proceso de atención. - Calidad absoluta: es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, tomando en consideración el componente científico técnico. Calidad individualizada: desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Calidad social: desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia: distribución del beneficio a toda la población)⁴.

II. CALIDAD Y SATISFACCIÓN

La calidad está asociada justo con los niveles de satisfacción que el individuo alcance para su beneficio. Según ANA LILIA BANDA CASTRO y MIGUEL ARTURO MORALES ZAMORANO, “se considera que la calidad de vida subjetiva está conformada por elementos tales como la felicidad y

4 JESÚS NOE MAGUIÑA GOMERO y KIARA NEWZA PAREDES AMAYA. “Calidad de atención y nivel de satisfacción de los usuarios del servicio: consultorios externos - medicina interna del hospital regional de Huacho, periodo 2018”, tesis de pregrado, Huacho, Perú, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2019, disponible en [[http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2899/MAGUI%
c3%91A%20GOMERO%20y%20PA-REDES%20AMAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2899/MAGUI%c3%91A%20GOMERO%20y%20PA-REDES%20AMAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)], p. 56.

la satisfacción”⁵. En cuanto a la satisfacción, esta comporta una serie de condicionantes que, si bien reúnen características particulares, guardan estrecha relación con los niveles de calidad de una organización. Si bien este parece indicar un dato importante en la definición de calidad, esta pasa por supuesto por desarrollar de igual manera, aspectos que le son inherentes como la configuración personal del usuario, también del funcionario que ofrece algún tipo de servicio, de igual forma su contexto o entorno que parece ser un aspecto cuyo sentido ha cobrado notoriedad en los últimos tiempos. Para SHIRLEY PÉREZ ROMERO *et al*:

Puede aseverarse que la satisfacción del usuario, además de reflejar, evidentemente, ciertas peculiaridades propias de la calidad percibida en la prestación del servicio, depende también de la idiosincrasia del propio sujeto, e incluso se ha sugerido que podría estar determinada, en parte, por las peculiaridades de su contexto social⁶.

La satisfacción en tanto proceso, da respuesta hacia una acción determinada que es consecuencia en especial de un buen servicio y está sujeta a diversas técnicas que miden los grados de satisfacción o desagrado ante cualquier suceso o circunstancia. La satisfacción es más que un anhelo humano, puesto que su principal objetivo es generar felicidad, a pesar de que esta está anclada desde otra perspectiva, este parece ser el horizonte que busca en contraposición a otras consecuencias que están presentes, pero que no se consideran, puesto que el centro lo ocupa en particular la satisfacción. En este sentido, no se pudiera hablar de satisfacción sin tener claro lo que esto implica, además sobre su importancia e incidencia en el entorno social donde a diario transcurren. Un aspecto fundamental es que no se puede edificar excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sin que antes no se tenga como principal meta la satisfacción

5 ANA LILIA BANDA CASTRO y MIGUEL ARTURO MORALES ZAMORANO. “Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios”, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 17, n.º 1, 2012, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246003.pdf>], p. 30.

6 SHIRLEY PÉREZ ROMERO, JUAN J. GASCÓN CÁNOVAS, DIEGO SALMERÓN MARTÍNEZ, PEDRO PARRA HIDALGO y OLGA MONTEAGUDO PIQUERAS. “Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente”, en *Gac Sanit*, vol. 31, n.º 5, 2017, disponible en [<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v31n5/0213-9111-gs-31-05-00416.pdf>], p. 417.

de los usuarios en relación, claro está, al servicio que se ofrece o se presta. No hay imagen de excelencia, ni manejo del buen desempeño sin antes considerar los niveles de satisfacción logrados, partiendo de que estos niveles suceden en planos reales, concretos, por lo que se está haciendo referencia a un fenómeno cuyo sentido está orientado a lo subjetivo. Según KOTLER, citado por MARTÍN HIPÓLITO CAJO SEGURA y JORGE ISAÍAS CUBAS ALVÁN:

La satisfacción es una sensación de placer o de decepción que resulta de comparar la experiencia del producto (o resultados) con las expectativas de beneficios previas; Si los resultados son inferiores a las expectativas el cliente queda insatisfecho. Si los resultados superan las expectativas el cliente queda muy satisfecho⁷.

III. BIENESTAR Y SATISFACCIÓN

Tanto el bienestar entendido como el nivel de satisfacción supremo, como la satisfacción misma obedecen a dos dimensiones que acaban en la suma de dinámicas que se contraponen a aquellos que no logran reunir las condiciones para ser considerados como tal. Bienestar es la expresión máxima de satisfacción, pero aquel que haya alcanzado los niveles de satisfacción no se traduce en que este haya logrado el bienestar total, sobre un suceso o hecho e incluso una circunstancia específica. Al igual que la satisfacción, el bienestar es un proceso cuyo escenario es subjetivo, puesto que es experimentado por los sujetos quienes perciben, sienten y observan de manera distinta, por lo que este proceso se vive de modo individual, cada quien tiene nociones inexpresables cuando se trata de experiencias místicas por lo que sus grados de bienestar serían logrados mediante mecanismos específicos. Para LIZ HAMUI SUTTON *et al*:

El bienestar es subjetivo porque lo experimentan los individuos. Las

7 MARTÍN HIPÓLITO CAJO SEGURA y JORGE ISAÍAS CUBAS ALVÁN. "Satisfacción de la calidad de servicio del fast food bembos Chiclayo", tesis de pregrado, Chiclayo, Perú, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2019, disponible en [http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/2122/TL_CajoSeguraMartin_CubasAlvanJorge.pdf?sequence=1&isAllowed=y], p. 16.

experiencias de tipo hedónico involucran el uso de los sentidos (olfato, vista, tacto, audición, gusto), y el bienestar está vinculado con el placer o el dolor. Las experiencias de tipo afectivo, en cambio, se refieren a emociones y estados de ánimo e implican aspectos como el amor, el orgullo, el odio y la envidia; cuando se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. Las experiencias místicas están asociadas a vivencias de carácter espiritual y han sido poco estudiadas. Las experiencias de tipo cognitivo, están asociadas al alcance de metas y expectativas (logros) o a la imposibilidad de hacerlo (fracasos). Cuando hay logros se traduce en bienestar y se expresa en satisfacción⁸.

El último enunciado da cuenta no solo de la importancia, sino también de la simbiosis que existe entre ambos aspectos. Si, por un lado, la satisfacción no estaría solo dada como un estado pleno de satisfacción, muy a pesar de que su esencia radica en el bienestar total, este se traduce en un acto único e irreplicable que se produce en cada individuo, puesto que el proceso que se desencadena es intrasubjetivo e intersubjetivo; el primero orientado al bienestar que experimenta desde lo personal, y el otro al bienestar enfocado desde la otredad. La satisfacción está enfocada bajo los requerimientos de los niveles que el propio usuario demanda. Para ZORAIDA HUARINGA GALARZA, la satisfacción del usuario está orientada en su mayor parte a:

Prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del Usuario. El Usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del Usuario son bajas, o si el Usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes⁹.

8 LIZ HAMUI SUTTON, RUTH FUENTES GARCÍA, REBECA AGUIRRE HERNÁNDEZ y OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE. *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*, Ciudad de México, Facultad de Medicina, 2013, disponible en [<http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>], p. 24.

9 ZORAIDA HUARINGA GALARZA. "Nivel de satisfacción del usuario externo frente a la calidad de atención en el programa de CRED en la red de salud de Tarma", tesis de maestría, Tarma, Perú, Universidad Nacional "Daniel Alcides Carrión", 2014, disponible en [<http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/291>], p. 54.

IV. EL PROCESO DE SATISFACCIÓN Y LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES HOSPITALARIAS

Las permanentes dinámicas sobre este proceso están fundamentadas bajo cuatro dimensiones que implican su desarrollo y sus niveles de eficacia. Una primera dimensión está centrada en las variables intra-subjetivas. Para HUARINGA GALARZA, la satisfacción:

Ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo logrado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se ofrecen en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios¹⁰.

El usuario externo que asiste a un ente de salud, puede ir por diversas razones, pero lo más importante, sin lugar a dudas es darle solución a un problema específico que solo a este tipo de usuario le atañe. En esta búsqueda de soluciones el usuario externo trata en lo posible de darle solución a sus problemas acudiendo a un centro, en este caso de salud, por lo que las relaciones que establezca con los funcionarios estarán sujetas ante todo a las relaciones orientadas a la satisfacción de las necesidades de información o de servicio que pueda prestar algún tipo de centro u hospital. En ellas, los usuarios establecerán rechazo o por el contrario aceptación de la misma acción. De acuerdo a ADRIANA MARCELA RÍOS CÁCERES y ANDRÉS FELIPE BARRETO GALEANO:

Es importante considerar que el cliente es la primera fuente de información para la monitorización de la calidad del servicio, de modo que la percepción subjetiva del usuario hablará del tipo de servicio recibido combinando tanto necesidades como expectativas, para la producción de un concepto más consumado, además cabe resaltar que la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, es fundamental para el mejoramiento en salud de los mismos¹¹.

10 *Ibíd.*, p. 53.

11 ADRIANA MARCELA RÍOS CÁCERES y ANDRÉS FELIPE BARRETO GALEANO. "Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales san Antonio de Chia y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016", tesis de

En este sentido, la expectativa del usuario foráneo es única y está también sujeta a cambios durante su permanencia o paso en la entidad o centro hospitalario. Mientras que las expectativas estén cubiertas de este tipo de usuario, las probabilidades son mayores en cuanto a satisfacción de sus necesidades como usuarios. Sin embargo, es importante hacer notar que una atención de calidad no siempre es un indicativo de una atención elevada, por lo que esta situación pudiera estar asociada a otros factores externos y de índole personal, por lo que se deduce que estos también pudieran estar incidiendo de frente con los bajos niveles de satisfacción de los usuarios externos.

V. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

Un primer aspecto tiene que ver con la medición de las competencias que posee el profesional. Segundo, la evaluación de la satisfacción del usuario externo al tomar en consideración las cualidades tanto personales como de accesibilidad de aquellos que ofrecen los servicios. Un rasgo determinante es que la evaluación pasa desde luego por llevar a cabo acciones acerca de las reacciones de los mismos usuarios, al evaluar y sopesar determinadas situaciones, sucesos o circunstancias específicas. En una sociedad como la actual, cada día se ha hecho necesaria la observación por encima de cualquier método, así como estrategias que se puedan llevar a cabo. Cada quien determina desde su subjetividad y contexto, así como desde sus propios intereses y aspiraciones, debido a un complejo proceso que insta en desarrollar nuevos y acertados procedimientos que inciden en las dinámicas no solo de los funcionarios como los que ofrecen los servicios desde diversos contextos, también de los propios usuarios tanto internos como externos.

El comportamiento de las personas no está solo asociado a sus niveles psicosociales, ni siquiera del entorno que los condiciona. En muchas situaciones, de igual manera, este comportamiento está sujeto

pregrado, Bogotá, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, 2016, disponible en [<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/639/1/Percepcion%20de%20la%20satisfaccion%2C%20Tenjo.pdf>], p. 41.

a circunstancias e incluso a procesos intrasubjetivos que intervienen favorable como de manera desfavorable en los sujetos que accionan estas dinámicas dentro de los centros hospitalarios o centros de salud. Bajo esta mirada, el comportamiento no solo versará sobre las distintas acciones que emprenderá el ser humano con sus semejantes, también tiene que ver con la dialéctica entre los campos que se han dirimido, además, el comportamiento de acuerdo con investigaciones, determina en su mayoría los niveles de satisfacción entre los usuarios, también con los funcionarios, quienes administran y a su vez ofrecen sus servicios a un público determinado, con intereses particulares, y que por lo tanto ameritan un tratamiento pertinente, adecuado e incluso viable en relación a la información requerida o solicitada.

Cuando se mencionaba sobre el comportamiento que en muchas ocasiones está determinado por su configuración humana, no se hacía alusión a un principio ajeno, distante y a ratos parcial. Antes bien, el comportamiento irá siempre de la mano con los diversos modos, e incluso los cómo, y los por qué de un servicio, puesto que este no está, la mayoría de las veces a la altura de las exigencias de los usuarios, en algunas situaciones donde estos son fundamentales, así como aquellos momentos donde por desgracia no llegan a cumplirse en el tiempo preciso. De allí, que es importante evaluar y establecer los mecanismos para que estos procesos lleguen a buen puerto. De igual manera, la preparación permanente de aquellos funcionarios quienes fungen de servidores públicos, los mismos deben ser capacitados, orientados, formados y educados.

CAPÍTULO SEGUNDO
LOS CÍRCULOS DE CALIDAD Y EL ITINERARIO
SOBRE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALARIO COMÚN

Un aspecto relevante en la prestación de servicio, en general, es la disposición de ofrecer al usuario el mejor trato, aun cuando existan factores tanto internos como externos que aminoren su eficacia o disminuyan los niveles de satisfacción tanto en aquellos que ofrecen los servicios, como en los que lo reciben o son beneficiados. En general, la prestación de servicios en centros de salud, están de cerca circunscritos a dar lo mejor, aun en situaciones de índole personal o que llegara a afectar la integridad del otro, aún bajo estas particularidades, ofrecer servicios de este tipo permite no solo dar de sí mismo, sino que este debe, y, por ende, lo es, uno de los servicios que están sujetos a disposiciones particulares, por tratarse y estar bajo ciertas condiciones especiales. Entre las necesidades más emergentes, por demás necesarias está la creación de los círculos de calidad, que buscan incluso establecer las mejoras para el mejor desempeño de las funciones en estos centros de asistencia médica.

I. CÍRCULOS DE CALIDAD

La implementación de un determinado plan de acción debe responder en particular a varios condicionantes que den cuenta a las exigencias, así como a los intereses que buscan o pretendan llevarse a cabo en un plan específico. Para definir a grandes rasgos lo que significan los círculos de calidad, antes se debe entender por qué es necesario poner en marcha un determinado plan de trabajo dentro de una organización, del mismo modo cuáles serían los pasos a seguir para implementarlo. Para ALFONSO RODRÍGUEZ LEÓN y DONACIANO LUGO ZAPATA:

La estrategia de implantación del programa depende de: el contexto de acción; la configuración de su estructura (centralizado-descentralizado); el grado de participación (participativo - no participativo); el espectro (integral-específico); el enfoque (problemas-actividades); la obligatoriedad (voluntario-obligatorio); y finalmente, el tipo de procesamiento de datos (manual-automatizado)¹².

Una vez esclarecido los pasos, así como el tipo de usuario, los intereses, las estructuras de organización, el espectro, de cada uno, se procede a identificar a partir de una definición en torno a estos círculos de calidad, los cuales surgen seguido de una necesidad ya detectada o diagnosticada, y que requiere, por ende, un estudio sistemático y, que dé respuesta a las demandas exigidas por los usuarios.

Un punto central en la definición en los círculos de calidad es que estos responden a dos significados. Por un lado, la estructura, que está definida de acuerdo a la manera cómo está estructurado, valga la redundancia, y se define de acuerdo a la posición que ocupan los miembros dentro de una determinada organización. Por otro lado, el proceso. Según este aspecto, un círculo de calidad está dividido en cuatro campos. El primero: la identificación del problema como tal; la explicación al coordinador o director de las tareas o propuestas aprobadas; la evaluación del éxito de la propuesta. También es bueno señalar que los resultados, puesto que a partir de allí se miden los niveles de bienestar, los niveles de satisfacción en los usuarios que buscan alguna orientación, consejo o información.

En general los círculos de calidad son un sistema de participación a través del cual los empleados se concentran en grupos minúsculos para identificar los problemas y las dificultades vinculadas con nociones del propio trabajo, y proponer sugerencias y posibles alternativas de solución. En este sentido, es importante tener en consideración que los integrantes de este pequeño grupo de mejora continua ejerzan funciones iguales o similares en un área de trabajo común, con la finalidad de reunirse de forma voluntaria y con frecuencia. Además, estos mis-

12 ALFONSO RODRÍGUEZ LEÓN y DONACIANO LUGO ZAPATA. "Garantía de la calidad en salud", *Salud en Tabasco*, vol. 12, n.º 3, 2006, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/487/48712308.pdf>], p. 552.

mos deben ser capacitados todo el tiempo para poder identificar, así como analizar problemas y alternativas para mejorar alguna que otra situación que pudiera afectar el clima laboral; y la incidencia en el trato con los usuarios de la institución.

La implementación de un plan de calidad, obedece a la necesidad irremediable de evaluar los niveles de satisfacción, pero también para desarrollar un método que contrarreste las necesidades de atención al usuario que demanda alguna orientación, de igual modo, al paciente que se encuentra resguardado en un centro de salud. El círculo de salud nace de hecho a partir de una necesidad de dar respuesta ante un hecho concreto, nunca ficticio, por lo que es fundamental hacer un viaje a su origen. Según el término, este se conoció como “garantía de calidad de la atención médica”. De acuerdo a ENRIQUE RUELAS BARAJAS *et al*:

Es un vocablo relativamente reciente cuyos antecedentes más formales se remontan hacia finales del siglo pasado, cuando se obtiene la primera documentación formal de la evaluación de la calidad de la atención médica durante la guerra de Crimea. Desde entonces, se han llevado a cabo importantes esfuerzos~ por evaluar la calidad empleando múltiples métodos. Sin embargo, el esfuerzo por evaluar no siempre ha conducido de forma sistematizada a la solución de los problemas detectados. El supuesto de que evaluar es un proceso que en sí mismo permite corregir ha demostrado ser inoperante¹³.

Los círculos de calidad no constituyen un esquema, programa, ni siquiera un método específico para la identificación oportuna, ni mucho menos para darle soluciones fáciles a los problemas o inconvenientes que se tengan, antes bien, los círculos de calidad surgen porque es necesario replantearse otros mecanismos de acción, por lo que un círculo de calidad se visualiza más allá de una simple definición de satisfacer las necesidades de atención, el círculo de calidad es una nueva estructura de organización, que involucra aspectos de reingeniería laboral y de organización.

13 ENRIQUE RUELAS BARAJAS, HILDA REYES ZAPATA, BEATRIZ ZURITA GARZA, LUIS MIGUEL VIDAL PINEDA y SAMUEL KARCHAMER. “Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el instituto nacional de perinatología”, *Salud Pública de México*, vol. 32, n.º 2, 1990, pp. 207 a 220, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632211>], p. 209.

Los círculos de calidad pueden ser implementados en cualquier organización, por lo que no es necesario cambiar de estructura. Lo único variable sería su filosofía, en conjunto con el enfoque de las relaciones entre los individuos que la conforman. En los círculos de calidad se disponen a estudiar, así como a planificar, y evaluar un problema específico, sin embargo, no es suficiente identificar los fallos o los aspectos a mejorar. El objetivo del círculo es revisar, sistematizar y analizar los problemas detectados e identificados a través de métodos y técnicas científicas con la finalidad de establecer posibles soluciones a los problemas identificados. De esta manera, en este sistema los trabajadores no solo aportan su capacidad física, sino también sus capacidades intelectuales, así como sus habilidades y destrezas.

El diseño y la puesta en marcha de un círculo de calidad se traduce no solo en la detección de problemas, sino que este sirve de espacio para el aprovechamiento del potencial creativo e innovador que poseen los que conforman la organización. La calidad de atención es el objetivo que toda organización debe trazarse como meta, sin menospreciar que este mismo círculo puede contribuir en otros ámbitos de la organización, no solo para evaluar posibles fallas en la atención u otro aspecto, sino para proponer otras vías para el fortalecimiento a futuro de planes y proyectos.

Entre las dimensiones a considerar en torno a los círculos de calidad, es necesario mencionar que estos se abrazan bajo ciertos medidores, así como indicadores que miden de manera efectiva las atenciones a los usuarios, pero además qué aspectos están siendo determinantes para aumentar el grado de satisfacción. Para MARIELA FORRELLAT BARRIOS, los principales pilares de desempeño en calidad son:

Medición de resultados: midiendo los resultados se pueden mejorar los procesos, revisando los indicadores como mortalidad, morbilidad, natalidad, entre otros. No se saca nada con tener indicadores si no se es capaz de revisarlos y actuar. Mediciones de procesos: cumplimiento de los protocolos. Mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias: medir mediante indicadores cuán satisfechos están los usuarios con nuestro quehacer, el trato y el resultado final¹⁴.

14 MARIELA FORRELLAT BARRIOS. "Calidad en los servicios de salud", *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, vol. 30, n.º 2, 2014, pp. 179 a 183, disponible en [<http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>].

Tanto la medición que permite establecer objetivos claves para la satisfacción de las necesidades como su oportuna y acertada aplicación, ambas constituyen exigencias que deben tenerse claras y además en consideración. Aun cuando el objetivo que tiene toda institución persigue cumplir las metas propuestas o incluso los productos obtenidos, este no parece indicar el fin único, puesto que el viaje metodológico, así como los procesos que se llegan a consolidar en el tiempo es lo que vale, a parte que esta dinámica ofrece seguridad en tanto que brinda satisfacción y orienta hacia el logro del bienestar.

II. PROPÓSITOS DE LOS CÍRCULOS DE CALIDAD

Una vez definido el círculo de calidad corresponde, a grandes rasgos, a la concreción práctica de una nueva y acertada filosofía de la corporación, institución o centro de salud. Este es una de las fisonomías a contemplar debido a que los círculos de calidad están orientados a entender tanto al trabajador como al mismo trabajo. Estos son:

Contribuye a perfeccionar y a mejorar la imagen de la organización, este rasgo insta a que la imagen de la empresa o centro de salud no se vea en riesgo, un tanto porque es importante manejar criterios que generen los procesos de transformación, pero estos no se dan solos, es un mecanismo de acción participativa que orienta los procesos, así como las funciones que lleva a cabo. Este aspecto, según, permite a la organización, innovar, producir y prestar un mejor servicio al usuario, lo que más adelante contribuiría en el crecimiento de la empresa.

Un segundo rasgo tiene que ver con el lugar donde se ubique la empresa, sin embargo, este rasgo no solo trata sobre esta dimensión, antes bien, éste se define de acuerdo a su dinámica. Una labor repetitiva y monótona puede provocar en el individuo cansancio, fatiga entre otros problemas. El círculo aspira en este sentido, a que el lugar donde los trabajadores hacen su jornada sea el más indicado para la realización de sus funciones, un lugar donde se hagan las cosas por hacer, no solo retrasa el trabajo, también hostiga y crea desánimos en los empleados, al generar que los objetivos no lleguen a cumplirse. El lugar donde se encuentren los trabajadores debe ser el más apto para el cumplimiento de sus aspiraciones como trabajador.

Otro de los aspectos es el aprovechamiento de las capacidades. Lo más importante es el ser humano. Para las organizaciones el factor determinante es su recurso humano, tanto para el logro de los objetivos corporativos, como para el bienestar personal o individual. Otorgarle importancia al recurso humano es potenciar a la organización. Sobre este punto es importante considerar a los miembros que forman parte de una organización, siendo ellos mismos los pilares para el logro de los objetivos propuestos.

III. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación voluntaria es determinante y es clave para el logro de los fines, y planes que bien se tengan. Contrario a los objetivos de pretender modificar la filosofía empresarial es que se obligue a los trabajadores a formar parte de un determinado emprendimiento, o idea innovadora que tenga la organización. Si no existe libertad para decidir nunca podría suceder otra cosa que no sea la apatía, sin embargo, el no querer participar en las actividades empresariales, no puede convertirse en motivo para discriminar o rechazar a aquellos que no se incorporan.

Otro de los campos fundamentales tiene que ver con la formación, puesto que sin el perfeccionamiento no es posible el crecimiento del personal. En este sentido, el círculo advertirá cuáles son los problemas que se presentan. La formación no solo debe centrarse en fortalecer al empleado, sino en esencia al individuo en su totalidad, puesto que la necesidad y la motivación es inherente en el ser humano que busca realizarse y reconocerse como sujeto de acción. Un rasgo diferencial entre el hombre y los demás seres vivos es su capacidad. Para GLORIA GALLEGO y MAGDALENA BOSCH, “un rasgo diferencial entre el hombre y los demás seres vivos es su capacidad de ser educado, lo que implica el perfeccionamiento progresivo de sus cualidades y circunstancias individuales”¹⁵.

15 GLORIA GALLEGO y MAGDALENA BOSCH. “Educar es amar y autorrealizarse”, *Revista de Comunicación de la SEECI*, vol. 20, n.º 39, 2016, pp. 162 a 183, disponible en [https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Gallego/publication/301305058_Educar_es_amar_y_autorrealizarse/links/5c7e741f299bf1268d3a8202/Educar-es-amar-y-autorrealizarse.pdf], p. 163.

Una vez superada la fase de formación, los empleados se ven en la necesidad de establecer otros mecanismos y estos tienen que ver con el trabajo en grupo, cuyo horizonte favorece la sana competencia entre los distintos círculos que se logren conformar, y esto es un punto a favor, debido a los altos niveles de superación permanente tanto de las ideas como de las soluciones ofrecidas. Unos de los rasgos a tomar en cuenta son sobre la naturaleza del grupo de trabajo y equipo de trabajo, por separado, ambos no tienen los mismos alcances, por lo que es indispensable establecer sus diferencias y sus perfiles. Para FELIPE DE JESÚS GÁNDARA GONZÁLEZ:

Es fácil trabajar en grupo, pero no en equipo, el trabajo en equipo involucra logros y dificultades. Mediante el trabajo en equipo se logran personas capaces de emplear su potencial al cien por ciento con líderes que sean talentosos coordinadores, hábiles para tener objetivos claros y comprometerse con ellos para tener una organización del equipo con roles bien definidos y reglas muy claras¹⁶.

El círculo y en consecuencia sus integrantes, deben elegir su líder de manera democrática. Esta acción puede homologarse a los de la gerencia, si y solo si los demás miembros reconocen el liderazgo moral que este tenga dentro de la organización, muy a pesar de que es algo implícito en el trabajo del equipo, la carencia de esta forma de ser ha sido uno de los motivos por medio del cual los círculos de calidad acaban en el fracaso, por lo que no es sencillo conseguir que las personas que laboran en la misma institución, manejen el mismo “código laboral” aparte de los objetivos, metas y propósitos al momento de hallar o buscar soluciones a los inconvenientes que se presenten. Las discrepancias o altercados se generan de forma impredecible, en muchas oportunidades. Sin embargo, se puede y se está en la necesidad de debatir en un clima de respeto y de confianza, de lo contrario el círculo terminaría estallando.

16 FELIPE DE JESÚS GÁNDARA GONZÁLEZ. “Herramientas de calidad y el trabajo en equipo para disminuir la reprobación escolar”, en *Conciencia Tecnológica*, n.º 48, julio-diciembre de 2014, pp. 17 a 24, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94432996003>], p. 18.

En relación a los éxitos y recompensas, estos deben estar enfocados hacia el logro del equipo y no de manera individual. El sujeto como tal es un ser social que aprende justo a partir de sus relaciones con los demás integrantes de una determinada comunidad, contexto, espacio, etc. En este sentido, sus vínculos, con los demás estarán sujetos incluso a que sus logros no solo se deben a sus propios intereses, sino que también a aquellos que se mueven a su alrededor, puesto que el sujeto de forma permanente se ve motivado y en respuesta tiende a desarrollar esta competencia. En la dinámica de los círculos de calidad, este aspecto juega un papel fundamental, debido a que el ser social responde a una serie de condicionantes netamente sociales, es decir, en su conjunto despliega sus modelos culturales, de interpretación y de sistematicidad. En este aspecto es importante destacar, tal y como lo asienta CLAUDIA SAUCEDO RAMOS, que:

En la vida cotidiana las personas se enfrentan a un gran cúmulo de conocimientos culturales que utilizan para saber cómo relacionarse con los demás, comportarse de determinada manera, asignar significados a las cosas y a los eventos o tener una idea de sí mismos como individuos¹⁷.

IV. ITINERARIOS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

El concepto de calidad en una sociedad avanzada como la actual se remonta a un pasado donde se hizo imperativa la necesidad de estar o quedar satisfecho ante algún servicio en especial. Para WALTER PATRICIO CASTELO RIVAS, ÁNGEL FREDY CASTELO RIVAS y JORGE LUIS RODRÍGUEZ DÍAZ:

La historia de la evolución del concepto de calidad pasa por diferentes etapas; el mismo se relacionó con diferentes aspectos de la vida, hasta el desarrollo industrial y la época moderna que se le da un interés especial. De tal manera que la calidad ha tenido diferentes significados, desde la era primitiva donde el hombre debió determinar la calidad del alimento y ya en la actualidad

17 CLAUDIA SAUCEDO RAMOS. "Entre lo colectivo y lo individual. La experiencia de la escuela a través de relatos de vida", *Nueva Antropología*, vol. 19, n.º 62, 2003, pp. 77 a 98, disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362003000100005], p. 80.

donde la misma se orienta de igual manera a satisfacer las necesidades de los usuarios¹⁸.

Con el avance de la ciencia, entre otras disciplinas el pensamiento científico ha considerado a la salud como un área susceptible a ser medida a través de diversos métodos de atención por parte de los funcionarios, y profesionales que tienen la obligación de ofrecer, así como de brindar un servicio de salud con un nivel elevado de calidad. Un elemento fundamental es desarrollar estrategias que maximicen los mecanismos de atención, puesto que de este dependerá no solo las dinámicas que logren cuantificar los niveles de atención, sino que también estos pudieran generar procesos que mejoren la calidad de vida del paciente que es la prioridad en un momento determinado.

El itinerario de atención al paciente busca además de lo mencionado el cómo y los por qué es necesario tener un definido plan que oriente, pero que además corrija los desaciertos que se manifiesten cuando se lleva a cabo un definido papel de trabajo. Este proceso dinámico, sin duda establecerá que los protocolos no solo mejoren, sino que las relaciones entre los mismos trabajadores apunten hacia los logros comunes, consiguiéndose de esta manera, una mejor atención para el paciente. En este sentido, FORRELLAT BARRIOS infiere que:

Disminuirá la probabilidad de errores y elevará la seguridad de los pacientes al obtener más eficiencia y satisfacción para ellos. Asimismo, mejorando el trato tendremos más beneficios personales en nuestra área laboral, el reconocimiento de nuestros pares y equipo de trabajo, lo que aumenta nuestra autoestima y lo convierte en un círculo virtuoso¹⁹.

V. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Lo que se considera un aspecto importante y siempre deseable es la satisfacción médica y a pesar de que la misma definición es compren-

18 WALTER PATRICIO CASTELO RIVAS, ÁNGEL FREDY CASTELO RIVAS y JORGE LUIS RODRÍGUEZ DÍAZ. "Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencia", *Revista Cubana de Emergencia*, vol. 32, n.º 3, 2016, pp. 335 a 342, disponible en [<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/942/184>], p. 336.

19 *Ibíd.*, p. 181.

didada no existe casi siempre un acuerdo de lo que en realidad significa, ni mucho menos su importancia. Desde un principio se entendió que la satisfacción del paciente con la calidad, a parte de la cantidad de información que recibe del médico, no obstante, se propagó la idea de que se refería a un concepto multidimensional, estableciéndose de esta manera diversas dimensiones de la satisfacción.

Para FELETTI y FISHER, citados por DENISSE MILAGRO BELLIDO HUAMAN y NELLY FLORES LÓPEZ, se deben considerar las siguientes líneas, las cuales giran en torno a:

La competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo)²⁰.

La satisfacción del paciente se mide, en este sentido, bajo los principios fundamentales de la comunicación, no generando de esta manera, distancia entre aquel que hace uso de la palabra para ofrecer o dar algún tipo de atención, así como aquel que la recibe. Son muchos los factores que podrían desacelerar los principios básicos para que un paciente pueda llegar a considerar que la atención ha sido satisfactoria, así como los tratamientos, los mecanismos que protocolizan los diversos quehaceres en una institución de salud.

20 DENISSE MILAGRO BELLIDO HUAMÁN y NELLY FLORES LÓPEZ. "Influencia de las estrategias de atención al paciente en la imagen corporativa de la micro red de salud Maritza Campos Díaz, de Arequipa, durante el primer semestre, 2017", tesis de pregrado, Arequipa, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, 2017, disponible en [<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4711/CCbehudm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>], p. 41.

VI. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE UN PACIENTE

Un rasgo parece indicar que la satisfacción puede ser medible, e incluso cuantificable. Sin embargo, este aspecto es subjetivo, no sujeto a consideraciones medibles, pero si es posible establecer mediante algunos métodos el uso de algunas técnicas que pudieran sistematizar alguno que otro rasgo que sirviera para tomar, o corregir algunos desaciertos que se cometen en los centros de atención médica, a parte de los protocolos considerados necesarios y pertinentes. Muchas han sido las experiencias para la medición de la satisfacción de los servicios ofrecidos a los pacientes. Entre las técnicas más usuales en relación a la medición de satisfacciones están aquellas técnicas clásicas, las cuales giran en torno a considerar mediante el empleo de un buzón, grupos focales o grupos nominales, o acudiendo, tal y como lo han señalado BELLIDO HUAMAN y NELLY FLORES LÓPEZ, “a clientes cebos para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o al analizar las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario”²¹.

21 *Ibíd.*, p. 44.

CAPÍTULO TERCERO

PRINCIPIOS ÉTICOS EN LOS CÍRCULOS DE CALIDAD

La ética es definida como la responsabilidad que tiene el individuo para elaborar un bien no solo personal, sino colectivo. La ética para las sociedades más remotas, estaba considerada como uno, si no el más importante aspecto a considerar, puesto que la misma estaba asociada a un bien, pero además a un principio que tenía que ver con la responsabilidad a la hora de asumir cualquier desempeño, por muy poco relevante o esmirriado que este fuera, la ética definía el carácter del individuo para conducirlo al bien de la sociedad.

I. LA ÉTICA Y LOS CÍRCULOS DE CALIDAD

Si la ética es definida de acuerdo a sus propósitos como el obrar y el actuar de forma correcta, la vinculación con los círculos de calidad es justo ofrecer un buen servicio, aparte de ser de calidad, para la satisfacción de las necesidades, y demandas de los usuarios, tanto internos como externos. La ética concebida como el buen actuar tiene mucho que ofrecer, puesto que sin este principio sería cuesta arriba generar las respuestas requeridas. Sin un servicio de calidad en cualquier establecimiento, centro de salud u otro, las probabilidades de que estos tengan elevados niveles sean escasos, a ratos inexistentes, debido a que la calidad es determinante a la hora de generar procesos subjetivos de gran importancia. No se puede consultar a los usuarios sin antes haber establecido una metodología, a parte del desarrollo de un proceso que conmine a la realización de consulta, de sistematización y de producción. La ética debe estar contemplada así mismo como un proceso de permanente renovación de las políticas en materia de atención al

usuario, así como de recolección de las sugerencias, y consulta. Aparte, porque se hace necesaria la incorporación de los principios que están regidos por la corriente ética, en tanto principio que se fundamenta en la práctica del bien y la responsabilidad. Para HUMBERTO GUANCHE GARCELL, la ética:

Es necesaria en las instituciones de salud, la cual puede ser realizada desde cada una de las unidades estructurales o desde estructuras centrales. Métodos como los Círculos de Calidad pueden ser foros apropiados para realizar debate ético de problemas identificados en la práctica²².

Si bien, el debate ético en torno a las diversas prácticas que son llevadas a cabo por el personal que labora en los centros de salud es esencial, puesto que va a permitir que los niveles de atención sean cada vez más afectivos, contrarios a los innumerables inconvenientes que puedan presentarse por diversos motivos, entre ellos la baja autoestima, el maltrato, entre otros ya mencionados en otros capítulos, la ética forma parte ineludible del comportamiento humano, este debe ser aprendido, como todo proceso, al igual que otros mecanismos.

La incorporación de un principio ético determina hasta qué punto la responsabilidad de hacer bien el trabajo contribuye de manera real a la resolución de algún problema que pudiera estar presentándose. Para MARÍA PAZ RODRÍGUEZ PÉREZ y MARTA GRANDE ARNESTO:

Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe de hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe. Esto requiere la participación de profesionales sanitarios, de profesionales que la planifican (gestores), y la de quienes la reciben (población asistida)²³.

22 HUMBERTO GUANCHE GARCELL. "Un análisis ético por la calidad de la atención médica quirúrgica", *Revista Cubana de Cirugía*, vol. 46, n.º 3, 2007, disponible en [<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir12307.pdf>], p. 9.

23 MARÍA PAZ RODRÍGUEZ PÉREZ y MARTA GRANDE ARNESTO. Bases conceptuales y factores determinantes de la calidad asistencial. Los modelos de calidad en las organizaciones y en los servicios sanitarios orientados a satisfacer las necesidades esenciales a través de procesos

La prestación de un buen servicio en áreas de cerca relacionadas con la salud, permite entender que esta debe estar sujeta a políticas bien definidas, en tanto que esta debe estar orientada bajo esquemas netamente éticos, debido en parte a que estos servicios están direccionados para atender necesidades humanas. La ética no es solo una mirada humana, como se ha concebido, también se reviste tal y como lo ha señalado JAVIER LUNA OROZCO “de una ética sistemática”²⁴ con lo cual se nutren los círculos de calidad dentro de las instituciones y centros de salud.

Ambas nociones sobre la ética son importantes a la hora de formular una metodología que pretenda desarrollar, por un lado, todo aquello relacionado con el ofrecimiento de una serie de protocolos puntuales; y por el otro, los aspectos inherentes al comportamiento individual que involucran en particular las diversas estrategias de atención al usuario hospitalario, interno o externo. Si bien la ética como principio social establece un conjunto de comportamientos aceptados por una determinada sociedad, esta debe convertirse así mismo en una ética cuya naturaleza sea sobre todo la de ofrecer bienestar y satisfacción al usuario, debido a que esta no es solo bien por bien, antes, debe ser un principio categórico revestido de otredad, sin estos presupuestos la ética será solo discurso.

II. LA BIOÉTICA Y LOS CÍRCULOS DE CALIDAD

Visibilizar lo relacionado a la ética de la atención, así como mejorar de forma gradual lo concerniente a la implantación de una serie de mecanismos que no solo sirvieran de plataformas para mejorar las atenciones en los diversos establecimientos, consultorios de salud, era necesario y emergente, además de crear otro principio que reorganizara lo que ya de por sí se había entendido como ético. Con la presencia de

de mejora continua. El ciclo de la evaluación desde la perspectiva asistencial y orientación al paciente, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, 2014, disponible en [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf], p. 3.

- 24 JAVIER LUNA OROZCO. “Ética y calidad en salud: un binomio inseparable”, en *Acta Bioethica*, vol. 17, n.º 1, 2011, pp. 9 a 17, disponible en [<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v17n1/a02.pdf>], p. 16.

otro de los principios denominado *Bioética*, el círculo de calidad cobra otro sentido, aun cuando conserva una parte heredada de la ética, su complemento más importante. Definida la bioética, según NELSON MOLINA RAMÍREZ, como:

El enfoque de la bioética se amplió de la medicina y la biología a la ecología y los demás seres vivos, al punto que hoy hay dificultad para definirla, porque no hay acuerdo sobre si es ciencia, disciplina, interdisciplina, transdisciplina, si puede tener un estatuto epistemológico, si es ética aplicada o es un conjunto de prácticas para estudiar problemas éticos relacionados con la vida en general y con la humana en particular²⁵.

En principio, la bioética obedece de acuerdo a su definición a una responsabilidad con el otro, que es distinto a mí. Es decir, no basta que el ser humano tenga derechos, que de hecho los posee, no le garantiza en su totalidad, la abarcabilidad de todo un complejo universo de derechos, que no solo los pondrá en práctica, sino que también el ser humano es un sujeto de deberes, y que por lo tanto debe rendir cuentas desde la visión del otro. En este sentido, PAUL RICOEUR²⁶ hablaba de sí como otro refiriéndose claro está, a los diálogos entre ambas dimensiones donde el individuo establece las diferencias entre un derecho adquirido como sujeto; y el aprendido, consecuencia directa de un rango social.

Si la ética se refiere a los ámbitos morales, la bioética tiende a desarrollar aspectos de la propia ética en la sociedad, en los individuos y en el propio sujeto. Para URIA GUEVARA LÓPEZ, “en la práctica, la ética es el estudio de la conducta humana referente a la bondad o a la malicia de los actos, y la bioética se refiere a la aplicación de la ética a la vida misma”²⁷. Mientras que GUEVARA LÓPEZ, determina que la bioética es “el estudio

25 NELSON MOLINA RAMÍREZ. “La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso”, *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, n.º 2, Bogotá, Universidad el Bosque, julio-diciembre de 2013, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf>], p. 20.

26 PAUL RICOEUR. *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996, disponible en [<https://construcciondeidentidades.files.wordpress.com/2014/08/ricoeur-paul-si-mismo-como-otro.pdf>].

27 URIA GUEVARA LÓPEZ. “La bioética práctica normativa, moral objetiva o modernidad ilustrada. Una visión crítica”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 42, n.º 1, 2019, disponible en [<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cmas191cy.pdf>], p. 322.

sistemático de la conducta humana en el área de la ciencia de la vida y la atención de la salud a la luz de los principios y valores morales”²⁸.

Aun cuando esta ciencia está orientada y fundamentada en especial para atender asuntos particulares de determinadas ciencias o disciplinas, no se puede obviar que uno de los rasgos que busca ser parte del sujeto es la bioética. Esta disciplina está direccionada para trabajar asuntos definidos, así como lo establece la ética que implica el bien y las acciones que de ella se deriven. Pero en qué escenario se mueve la bioética, o para ser más específico, en qué momento la bioética interviene de manera directa o indirecta en la dinámica personal; y más aún en la vida de los individuos.

Si bien la definición que se le daba a los círculos de calidad era un tanto identificable debido a su importancia y su relevancia en los centros de salud, estos círculos fijan su atención en propuestas que van de la mano con la bioética, entendida esta como la disciplina que se encarga de establecer un bien, así como la ética, pero con la diferencia de que en la bioética intervienen otros factores, tales como: la participación directa de sus miembros, donde se llevan a cabo las actividades en pro del desarrollo de la organización o centro de salud. Estos grupos de calidad, evalúan y elaboran planes con un perfil definido, y con intereses cónsonos y claros. Acá es importante señalar la presencia necesaria de comités de bioéticas en los centros de salud, puesto que no solo se refiere a la atención acorde a las necesidades reales que tengan los usuarios bajo una particular experiencia, también en torno a las necesidades de respuestas que determina si y solo si las demandas han sido cubiertas.

El campo tanto de la ética como de la bioética son indispensable a la hora de poner en marcha una acción que tenga que ver con la atención, la supervisión, debido a que el campo de ambas no están alejadas ni mucho menos separadas del comportamiento humano, aunado a esto, las actitudes que son asumidas por los sujetos cuando se ven enfrentados a vagas y dispersas acciones en torno a la prestación de servicios, aun cuando el campo de la bioética se centra en el campo médico,

28 *Ibíd.*, p. 321.

científico, este se ha perfilado hacia otros horizontes generando otras respuestas.

Si bien, la bioética nació para dar respuestas específicas en torno a una determinada disciplina esta se ha desplazado hacia otros campos. En este sentido, se pudiera decir que la bioética es una metodología que no solo ha dado sus aportes hacia el estudio de las ciencias, también en el comportamiento y en la vida de los individuos en sociedad.

III. LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS Y LA ATENCIÓN AL USUARIO

Tal y como se señaló, la bioética es un estudio no solo del comportamiento social del individuo, sino que es una revisión en torno a la responsabilidad con el entorno, en la cual se encuentra. Las sociedades modernas aún las menos avanzadas, encuentran sentido entre sus aportes debido en parte, a la influencia positiva que genera en los individuos, y en los contextos. Uno de los objetivos del diseño de los círculos de calidad es desarrollar actitudes en los sujetos, además de políticas que permiten generar procesos complejos de pensamiento para la organización, y la demanda de atenciones que suelen presentarse en centros de salud. Los procedimientos netamente instrumentales, así como los requerimientos que los mismos usuarios han establecido como norma y que pasan por ser estudiados, sistematizados para después asumirlos como tal.

Durante años se ha hecho hincapié en desarrollar diversas, así como distintas estrategias que conminen a establecer altos grados de satisfacción en los pacientes que buscan asistencia, además de asesoría, o tan sólo consulta sobre algún padecer o enfermedad. Sin embargo, esta atención debe estar acompañada, aun en situaciones límites, bajo los preceptos de una bioética que no solo ha propiciado los espacios de reflexión, de sistematización, estudio, sino que también, ha creado elevados niveles de conciencia sobre la atención al usuario. Aun cuando la bioética es una metodología enfocada en particular en la medicina, esta ha creado otros sistemas, expandiéndose hacia otras zonas de índole social, recuérdese que el origen de esta disciplina estuvo centrado en el comportamiento social de los individuos bajo sistemas, situaciones y circunstancias apremiantes de la historia. Esto permitió que su estudio, y posterior aplicación se diera en complejos, así como en di-

versos planos del comportamiento humano. De allí que, según VIOLETA CHIU NAVARRO *et al*, “la sociedad demanda mayor atención y calidad en todos los niveles lo que redundará en bienestar y complacencia en el hombre sano y enfermo y en satisfacción individual de los recursos humanos en salud”²⁹.

Ha sido esencial que tanto los principios éticos como su sucedánea la Bioética, tiendan puentes hacia la configuración del individuo en la sociedad, junto a esta el compromiso social y el hecho mismo de que prevalezca una orientación netamente humanista, tanto en las instituciones hospitalarias, como en la comunidad en general. ¿Por qué es indispensable la incorporación de los principios bioéticos en un determinado centro de salud? ¿Cuál es el propósito de que estos espacios estén activos en los centros de salud?

Para dar respuesta a estas interrogantes, es necesario indagar sobre sus propios intereses, aspiraciones e intenciones. La bioética en este sentido, propicia espacios, además de los mencionados, de reflexión sobre las acciones, dinámicas sociales e individuales que son puestas en marcha por funcionarios, médicos y personal que labora en un centro de salud, la bioética revisa los fundamentos que rigen el comportamiento hacia el otro, pero además crea los escenarios para el desenvolvimiento siempre responsable con los semejantes.

29 VIOLETA CHIU NAVARRO, MARCIA COLÁS COSTA, MARÍA E. ALONSO PARDO y NORAH COSSÍO FIGUEROA. “Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas”, *Revista Cubana Educación Médica Superior*, vol. 13, n.º 1, 1999, disponible en [<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v13n1/ems02199.pdf>], p. 16.

CAPÍTULO CUARTO

CALIDAD, SATISFACCIÓN Y NOCIONES PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO: ANÁLISIS Y RESULTADOS

En los últimos diez años se ha generado un interés constante y genuino por buscar estrategias y soluciones que permitan mejorar la calidad y la satisfacción de la atención al usuario en el servicio de salud, pero para ello es importante medir y estudiar el tipo de percepción que tienen los usuarios frente a las atenciones que reciben en una institución de salud. Se hace cada vez más necesario el estudio y la evaluación de la calidad de los servicios de atención desde la perspectiva de los usuarios, debido a que son ellos los que pueden controlar, monitorizar y luego calificar las diferencias en los múltiples aspectos que incidieron en la atención, siempre al tomar en cuenta, que los pacientes que se sienten satisfechos con la atención brindada son quienes siguen las recomendaciones médicas de manera efectiva y demuestran una mejoría rápida y duradera en su salud. De esta manera, este trabajo de investigación buscó realizar sus estudios y análisis en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano (Grupo Control) y en la Micro Red Carlos Showing Ferrari (Grupo Experimental), en concreto en los servicios de Consultorios Externos, Emergencias y Programas.

El Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” se inauguró en el año 1963 y se ubica en el distrito de Huánuco, Perú, es un hospital de nivel II que tiene atención las 24 horas al día permitiendo el acceso a la población con limitaciones que le impiden asistir a instituciones privadas de salud, con mediana complejidad y cuenta con servicios de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, neonatología, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico, emergencias, hospitalización, unidad renal y servicios de consultorios externos de diferentes

especialidades; además de tener estrategias sanitarias como ESNCREC, ESNI, ESNPCT, TARGA y Epidemiología.

Por otra parte, la Micro Red Carlos Showing Ferrari se ubica en el distrito Amarilis de la provincia de Huánuco, en Perú; cuenta con servicios de medicina, gineco-obstetricia, pediatría, centro quirúrgico, emergencias y hospitalización. Así mismo, cuenta con programas y estrategias sanitarias como ESNCREC, ESNI, ESNPCT, TARGA y Epidemiología.

I. OBJETIVO GENERAL

Conocer la influencia de la implementación de los círculos de calidad de atención en la satisfacción del usuario externo en el Hospital Regional Hermilio Valdizan y Micro Red Carlos Showing Ferrari, Huánuco - Perú.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los usuarios externos según sexo que acudieron para recibir atención en salud en los establecimientos de salud.
- Clasificar la satisfacción respecto a comunicación, trato y tiempo de espera en los servicios de salud críticos observados previo al experimento.
- Elaborar un plan de implementación de los círculos de calidad con los resultados obtenidos y presentar a la Dirección del establecimiento de salud a fin de solicitar su apoyo en la implementación de los círculos de calidad de atención.
- Organizar los círculos de calidad en los servicios de salud críticos (consultorios externos, emergencia y programas) y desarrollar los módulos de capacitación para mejorar la atención en la salud y la satisfacción del usuario externo.
- Evaluar la satisfacción del usuario externo en los servicios de salud críticos en relación a la comunicación, trato y tiempo de espera en el grupo control y experimental posterior al experimento.

- Comparar la satisfacción del usuario externo en relación a la comunicación, trato y tiempo de espera del Grupo Control antes y después del experimento.
- Comparar la satisfacción del usuario externo en relación a la comunicación, trato y tiempo de espera del Grupo Experimental antes y después del experimento.
- Comparar la satisfacción del usuario externo en relación a la comunicación, trato y tiempo de espera del Grupo Control y Grupo Experimental después del experimento.

III. HIPÓTESIS GENERAL

La implementación de los círculos de calidad de atención mejora la satisfacción del usuario externo.

IV. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La implementación de los círculos de calidad mejora la comunicación durante la atención de salud del usuario externo.
- La implementación de los círculos de calidad mejora el trato durante la atención de salud del usuario externo.
- La implementación de los círculos de calidad reduce el tiempo de espera de los usuarios externo en los servicios de salud.

V. POBLACIÓN

Estuvo conformada por 14.700 usuarios externos que fueron atendidos en la Micro Red Carlos Showing Ferrari y el Hospital Hermilio Valdizan Medrano, dividiéndose en dos grupos equitativos: 7.350 por cada establecimiento de salud.

VI. MUESTRA

Se determinó mediante la siguiente fórmula:

Donde:

$$Z\alpha = 95\% (1.96)$$

$$P = 50\% (0.5)$$

$$q = 50\% (0.5)$$

$$e = 5\% (0.05)$$

$$N = 14700$$

$$n = \mathbf{374.401} = \mathbf{374} \text{ usuarios externos.}$$

Mientras que, para determinar el tamaño de la muestra por cada entidad, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n1 = 0.02546946 \times 735 = \mathbf{187}$$

$$n2 = 0.02546946 \times 735 = \mathbf{187}$$

VII. VARIABLES

- Variable independiente: Círculos de Calidad de Atención.
- Variable dependiente: Satisfacción.
- Variables intervinientes: Sexo y Servicios de Salud.

VIII. TIPOS Y MÉTODOS DE ESTUDIO

Según el tipo de diseño, el presente estudio fue cuasi- experimental debido a que ya estaban constituidos los grupos de estudio y no fue necesaria la selección aleatoria. Además, se manipuló el factor causal “Círculos de Calidad de Atención” para determinar su influencia en la satisfacción del usuario.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos fue de tipo prospectivo porque se registró la información en base a los hechos. Por otra parte, según el período de tiempo fue de corte longitudinal porque se recolectaron los datos en diferentes momentos.

IX. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó las series cronológicas con repetición del estímulo, cuyo esquema es el siguiente:

G1 01 X 02 X 03 X 04

G2 05 – 06 –07 – 08

Donde:

G1 = Grupo experimental

G2 = Grupo control

X = Estímulo, Tratamiento o Condición Experimental

01, 05= Observación previa, antes de administrar el estímulo (pre-test) para identificar los problemas.

02, 03, 04= Observación posterior al tratamiento de medición a los sujetos de un Grupo Experimental.

(--) = Ausencia de estímulo (estímulo cero)

06, 07, 08= Observación posterior a la aplicación del estímulo cero a los sujetos de un Grupo Control.

X. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas empleadas fueron:

- Encuesta, con el objetivo de indagar la satisfacción del usuario externo después de recibir la atención en los servicios de salud.
- Capacitación, para mejorar la atención al usuario externo en los servicios de salud.

Los instrumentos usados fueron:

- Cuestionario de satisfacción.
- Plan de implementación de los círculos de calidad.
- Módulos de implementación de los círculos de calidad, los cuales están conformados por: un módulo de sensibilización sobre calidad de atención en el servicio, un módulo de comunicación en los servicios de salud, un módulo de trato al usuario externo y un módulo de tiempo de espera por un servicio de salud.

XI. PROCEDIMIENTO

1. Se aplicó el pre-test para identificar la satisfacción del usuario externo en relación a la calidad de atención en los establecimientos de salud en estudio.
2. Se clasificaron los problemas identificados y se elaboró un plan de implementación de los círculos de calidad.
3. Se propuso el plan establecido a la Dirección.

4. Una vez aprobado el plan, se elaboraron los módulos de implementación de los círculos de calidad sobre la sensibilización, comunicación, trato y tiempo de espera durante la atención.
5. Se ejecutaron los módulos, al tomar en cuenta los círculos de calidad de emergencias, consultorios externos y programas.
6. Cada módulo se desarrolló en un tiempo de dos horas más o menos, con un promedio de 30 profesionales de los tres servicios en estudio. En primer lugar, se sensibilizó sobre la calidad de atención en el servicio y después se desarrolló el módulo sobre la comunicación, seguido del trato al usuario y para finalizar el tiempo de espera.
7. Se promovió la participación de todos los profesionales, quienes identificaron las problemáticas según cada indicador; y ellos mismos propusieron las opciones de solución a estos problemas identificados.
8. Se aplicó el post-test a los usuarios externos con el propósito de conocer la satisfacción en relación a la calidad de atención en ambos establecimientos.

XII. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos se procesaron a través de los paquetes estadísticos SPSS 17.0 y Minitab 15, al emplear la estadística descriptiva, en base a las tablas y figuras estadísticas donde se precisaron las frecuencias absolutas y relativas, con el análisis e interpretación correspondiente. Además, se usó el análisis inferencial para contrastar las hipótesis de variables ordinales de dos muestras, la prueba no paramétrica, el Test de Mann-Whitney, y para contrastar las hipótesis de las variables numéricas se implementó la prueba paramétrica T de Student para dos muestras independientes.

XIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

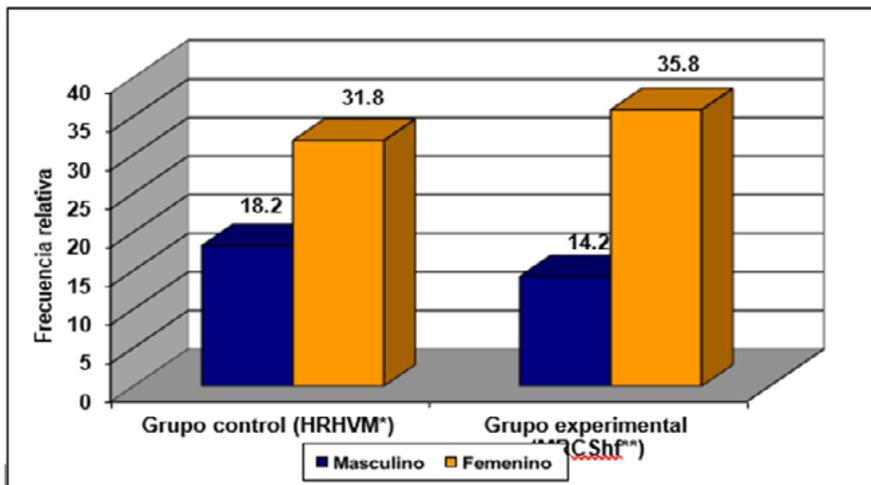
Tabla 1
Usuarios externos según sexo

SEXO	USUARIOS EXTERNOS DE:			TOTAL
		HRHVM*	MRCShF**	
Masculino	N.º	68	53	121
	%	18.2	14.2	32.4
Femenino	N.º	119	134	253
	%	31.8	35.8	67.6
Total	N.º	187	187	374
	%	50	50	100

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
** MRCShF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 1
Usuarios externos según sexo del grupo experimental y control en establecimientos de salud



Fuente: Elaboración propia.

XIV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Como se observó en la Tabla 1 y Figura 1 en relación al sexo de la muestra obtenida, existió una mayor preponderancia del sexo femenino con un 35.8% (134) frente al masculino con 14.2% (53), siendo esta característica semejante para ambos grupos.

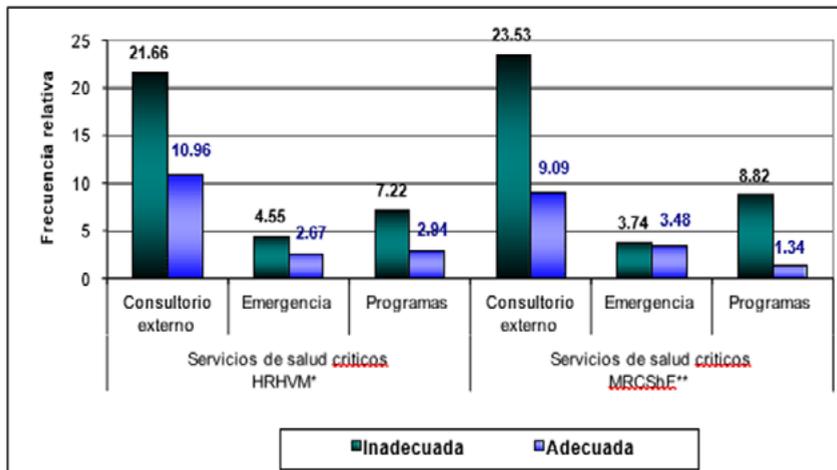
A. Clasificación de la satisfacción en los servicios de salud críticos durante la observación previa al experimento

Tabla 2
Satisfacción respecto a la comunicación en los servicios de salud crítico observado previo al experimento

SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS								
COMUNICACIÓN		HRHVM*			MRCShF**			TOTAL
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMERGENCIA	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMERGENCIA	PROGRAMAS	
Inadecuada	N.º	81	17	27	88	14	33	260
	%	21,66	4,55	7,22	23,53	3,74	8,82	69,5
Adecuada	N.º	41	10	11	34	13	5	114
	%	10,96	2,67	2,94	9,09	3,48	1,34	30,4
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32,62	7,22	10,16	32,62	7,22	10,16	100
* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano								
** MRCShF: Micro Red Carlos Showing Ferrari								

Fuente: elaboración propia.

Figura 2
Satisfacción respecto a la comunicación en los servicios de salud críticos durante la observación previa al experimento



Fuente: Elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 2 y Figura 2, se observó que del 100% (374) de la muestra referente a la comunicación durante la atención se destacó la valoración inadecuada con un 69.5% (260). Siendo mayor en los servicios de consultorios externos con un 23.5% (88) y programas con un 8.8% (33) de la Micro Red “Carlos Showing Ferrari”. Por otro lado, la valoración adecuada total de la comunicación representado en un 30.4% (114) perteneció a los servicios de Consultorios Externos y Programas del Hospital Regional “Hermilio Valdizan”.

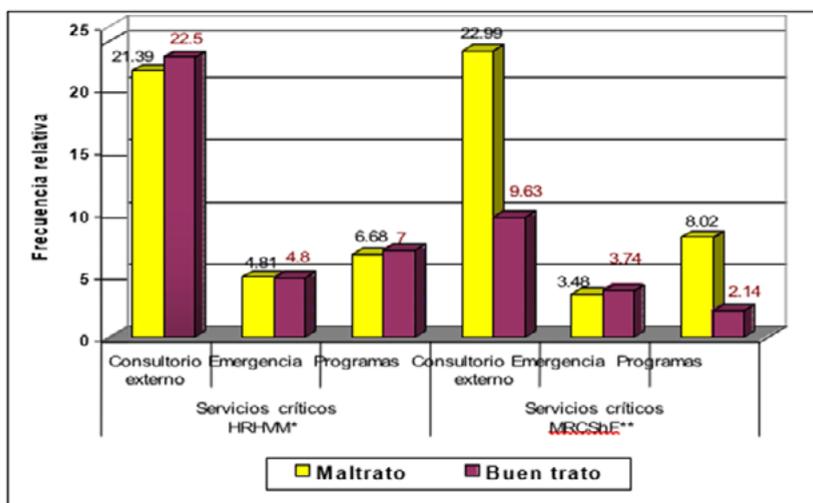
Tabla 3
Satisfacción respecto al trato recibido en los servicios de salud críticos observados previo al experimento

SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS								
TRATO RECIBIDO		HRHVM*			MRCShF**			TOTAL
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	
Mal trato	N.º	80	18	25	86	13	30	252
	%	21,39	4,81	6,68	22,99	3,48	8,02	67,4
Buen trato	N.º	42	9	13	36	14	8	122
	%	22,5	4,8	7,0	9,63	3,74	2,14	32,6
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	65,2	14,4	20,3	32,62	7,22	10,16	100

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.
 ** MRCShF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 3
Satisfacción respecto al trato recibido en los servicios de salud críticos durante la observación previa al experimento



Fuente: Elaboración propia.

Análisis Estadístico

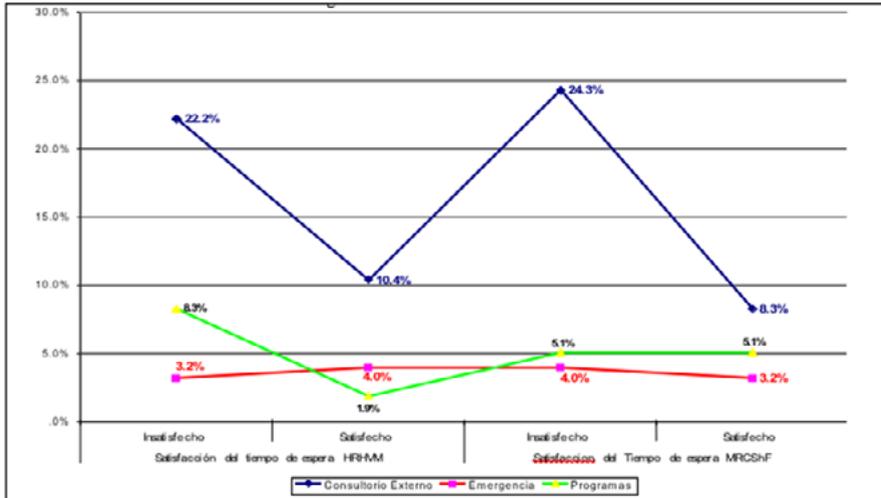
En la Tabla 3 y Figura 3 se observó, que en la opinión de la muestra total sobre el trato recibido durante la atención, incidió la opinión del maltrato en un 67.4% (252) frente a la opinión de buen trato en un 32.6% (122). Esta apreciación fue mayor en los servicios de Consultorios Externos en un 22.9% (86) y en los programas con un 8.0% (30) de la MRCshF; mientras que, en relación a la opinión total de buen trato, la gran mayoría correspondió a los servicios del HRHVM con un 32.4% (122).

Tabla 4
Satisfacción respecto al tiempo de espera recibido en los servicios de salud crítico observados previo al experimento

SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS		SATISFACCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA		SATISFACCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA		TOTAL
		HRHVM*		MRCshF**		
		INSATISFECHO	SATISFECHO	INSATISFECHO	SATISFECHO	
Consultorios Externos	N.º	83	39	91	31	244
	%	22.2%	10.4%	24.3%	8.3%	65.2%
Emergencia	N.º	12	15	15	12	54
	%	3.2%	4.0%	4.0%	3.2%	14.4%
Programas	N.º	31	7	19	19	76
	%	8.3%	1.9%	5.1%	5.1%	20.3%
Total	N.º	126	61	125	62	374
	%	33.7%	16.3%	33.4%	16.6%	100.0%
* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano ** MRCshF: Micro Red Carlos Showing Ferrari						

Fuente: elaboración propia.

Figura 4
Satisfacción respecto al tiempo de espera en los servicios de salud crítico durante la observación previa al experimento



Fuente: Elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 4 y Figura 4, en relación al tiempo de espera en los establecimientos de salud en ambos grupos, la mayoría de los usuarios opinaron que estuvieron insatisfechos en un 33.7% (126) y en un 33.4% (125) para HRHV y MRCShF cada uno; en cuanto a los servicios de salud críticos, la mayoría estuvieron insatisfechos con el tiempo de espera en los Consultorios Externos en un 22.2% (83) y en un 24.3% (91) para HRHV y MRCShF cada uno.

B. Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los servicios de salud posterior al experimento

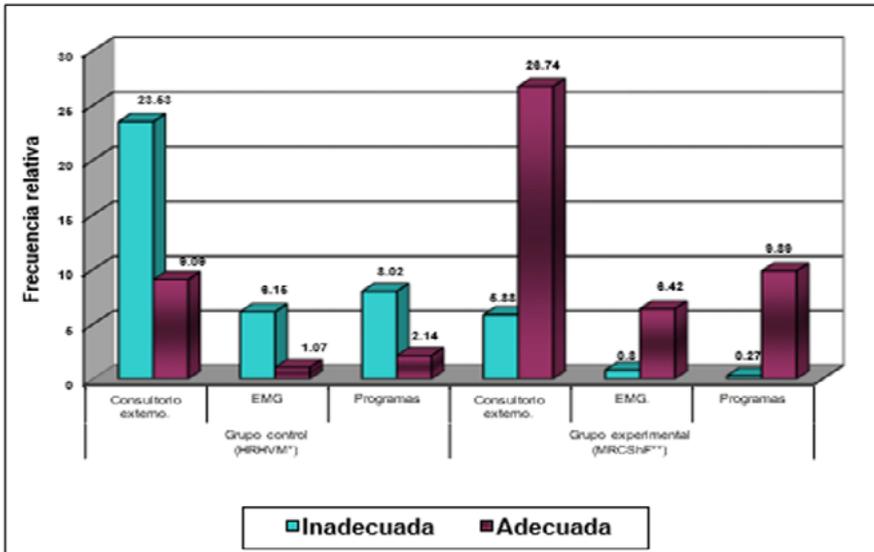
Tabla 5
Satisfacción de la comunicación en servicios de salud críticos posterior al experimento en los Grupo Control y Grupo Experimental

COMUNICACIÓN		GRUPO CONTROL			GRUPO EXPERIMENTAL			TOTAL
		HRHVM*			MRCshF**			
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	
Inadecuada	N.º	88	23	30	22	3	1	167
	%	23,53	6,15	8,02	5,88	0,80	0,27	44.65
Adecuada	N.º	34	4	8	100	24	37	207
	%	9,09	1,07	2,14	26,74	6,42	9,89	55.35
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32,62	7,22	10,16	32,62	7,22	10,16	100.0

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
** MRCshF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 5
Satisfacción sobre la comunicación en los servicios de salud críticos
grupo control y experimental posterior al experimento



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 5 y Figura 5 se visualizó que la opinión sobre la comunicación en los usuarios fue adecuada en el Grupo Experimental Micro Red “Carlos Showing Ferrari” en los servicios: Consultorios Externos con 26.7% (100), Programas con 9.9% (37) y Emergencia con 6.4% (24). Mientras que, en el Grupo Control, los usuarios indicaron que la comunicación fue inadecuada en los servicios: Consultorios Externos con 23.53% (88), Programas con 8.02% (30) y Emergencia con 6.15% (23).

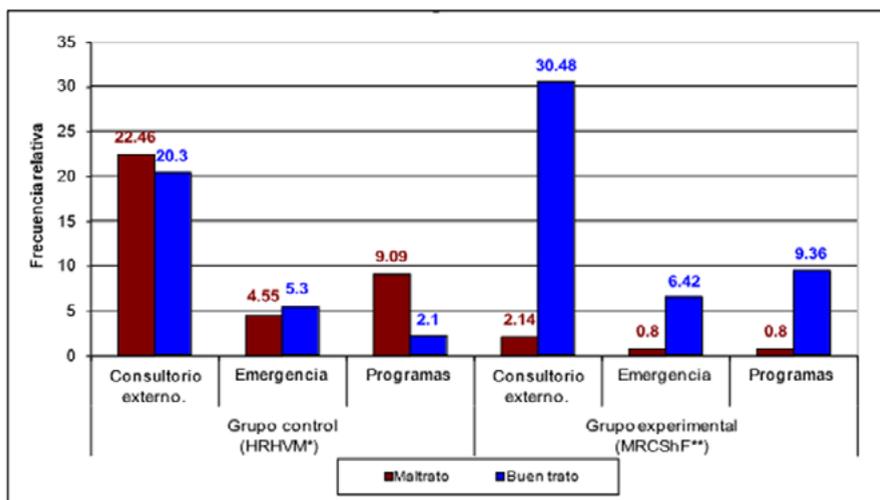
Tabla 6
Satisfacción según trato recibido en los servicios de salud críticos posterior al experimento en el grupo control y experimental

TRATO RECIBIDO		GRUPO CONTROL HRHVM*			GRUPO EXPERIMENTAL MRCShF**			TOTAL
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	
Mal trato	N.º	84	17	34	8	3	3	149
	%	22,46	4,55	9,09	2,14	0,80	0,80	39.84
Buen trato	N.º	38	10	4	114	24	35	225
	%	20,3	5,3	2,1	30,48	6,42	9,36	60.16
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	65,2	14,4	20,3	32,62	7,22	10,16	100.00

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.
 ** MRCshF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 6
Satisfacción del trato recibido en los servicios de salud críticos grupo control y experimental posterior al experimento



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

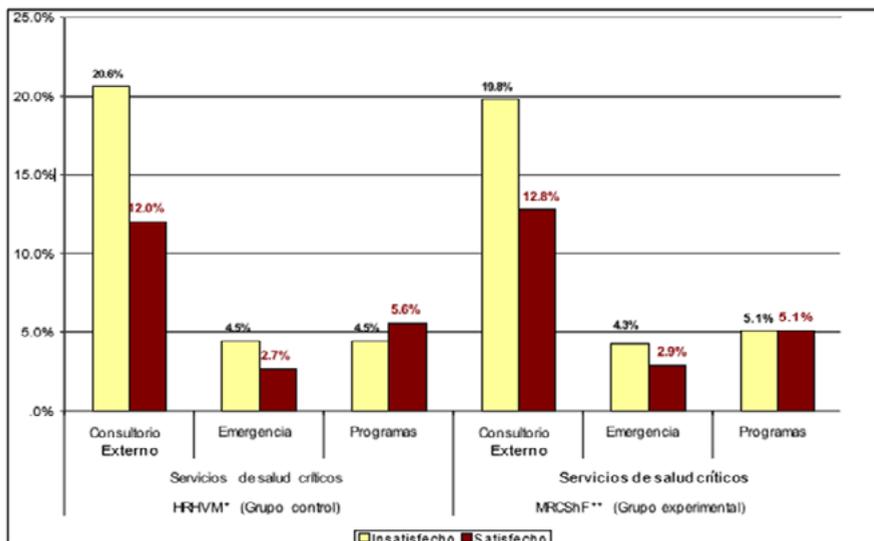
En la Tabla 6 y Figura 6 se observó una variación significativa en los valores porcentuales del buen trato durante la atención del grupo experimental, esto se apreció con el 30.5% (114) en el servicio de Consultorios Externos, el 9.4% (35) en los Programas y el 6.4% (24) en Emergencia. Mientras que en el Grupo Control se visualizó que el maltrato fue significativo en el servicio de Consultorios Externos con un 22.46% (84), en los Programas con un 9.09% (34) y en Emergencia con un 4.55% (17).

Tabla 7
Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos posterior al experimento en el grupo control y experimental

SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS								
TIEMPO DE ESPERA		HRHVM*			MRCSHF**			TOTAL
		CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	
Insatisfecho	N.º	77	17	17	74	16	19	220
	%	20.6%	4.5%	4.5%	19.8%	4.3%	5.1%	58.8%
Satisfecho	N.º	45	10	21	48	11	19	154
	%	12.0%	2.7%	5.6%	12.8%	2.9%	5.1%	41.2%
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32.6%	7.2%	10.2%	32.6%	7.2%	10.2%	100.0%
* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano								
** MRCshF: Micro Red Carlos Showing Ferrari								

Fuente: elaboración propia.

Figura 7
Satisfacción del tiempo de espera en servicios de salud críticos
grupo control y experimental posterior al experimento



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 7 y Figura 7 en relación al tiempo de espera en los servicios de salud después del experimento se observó en ambos grupos que los usuarios mostraron su insatisfacción en casi todos los servicios de salud críticos, haciendo un total de 58.8% (220); mientras que los usuarios externos se mostraron satisfechos en sólo el 41.2% (154) del total.

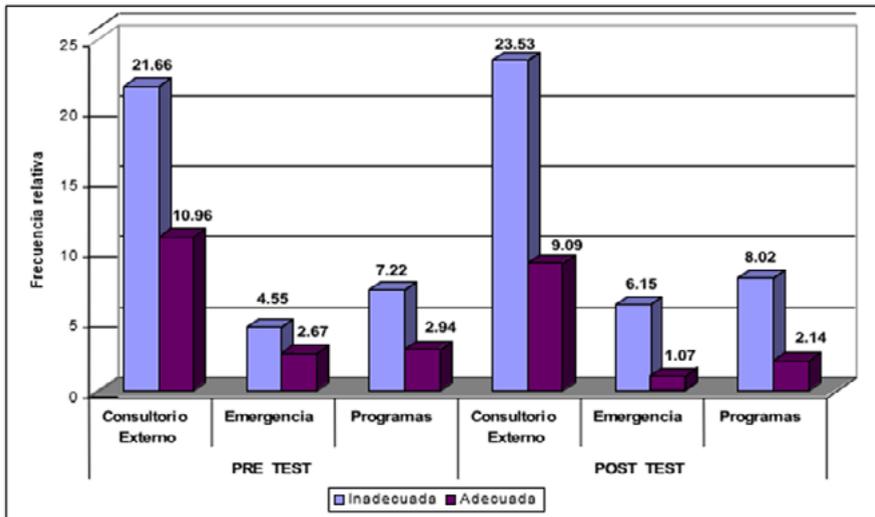
C. Comparación de las observaciones de pre y post test en el grupo control en relación a la satisfacción de los usuarios externos

Tabla 8
Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Control

COMUNICACIÓN		PRE TEST			POST TEST			TOTAL
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	
Inadecuada	N.º	81	17	27	88	23	30	266
	%	21,66	4,55	7,22	23,53	6,15	8,02	71.1
Adecuada	N.º	41	10	11	34	4	8	108
	%	10,96	2,67	2,94	9,09	1,07	2,14	28.9
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32,62	7,22	10,16	32,62	7,22	10,16	100

Fuente: elaboración propia.

Figura 8
Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos antes y después del experimento grupo control. Elaboración propia



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

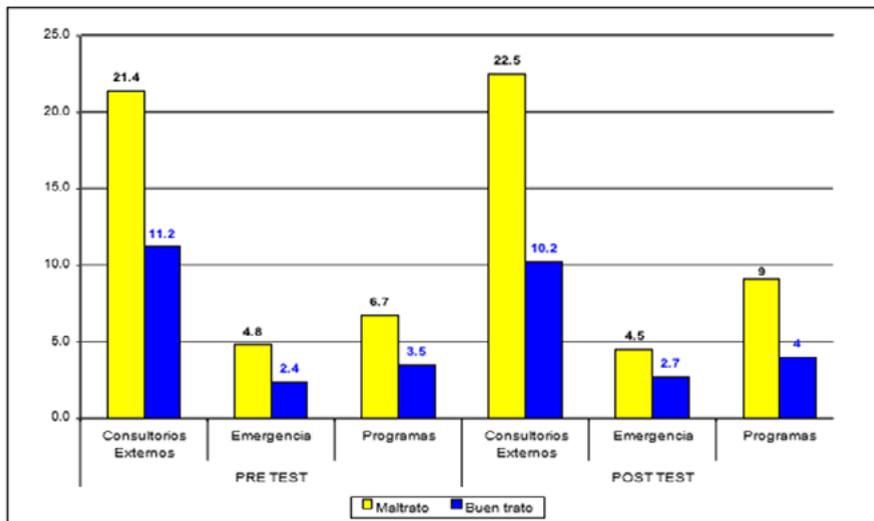
En la Tabla 8 y Figura 8, se observó que del total del Grupo Control Hospital Regional “Hermilio Valdizan”, la comunicación fue inadecuada en un 71.1% (266) y fue adecuada en un 28.9% (108). Según los servicios de salud, esta valoración no evidenció cambios significativos, tanto en el periodo del pre test como del post test, por ejemplo: se encontró una proporción del 21.7% (21) antes del experimento y del 23.5% (88) después del experimento en el servicio de Consultorios Externos.

Tabla 9
Satisfacción por el trato recibido en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Control

TRATO RECIBIDO	PRE TEST			POST TEST			TOTAL	
	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS		
Maltrato	N.º	80	18	25	84	17	34	258
	%	21.4	4.8	6.7	22.5	4.5	9.1	69
Buen trato	N.º	42	9	13	38	10	4	116
	%	11.2	2.4	3.5	10.2	2.7	1.1	31.0
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32.6	7.2	10.2	32.6	7.2	10.2	100

Fuente: elaboración propia.

Figura 9
Satisfacción del trato recibido durante la atención por servicios de salud críticos en el pre test y post test, grupo control



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

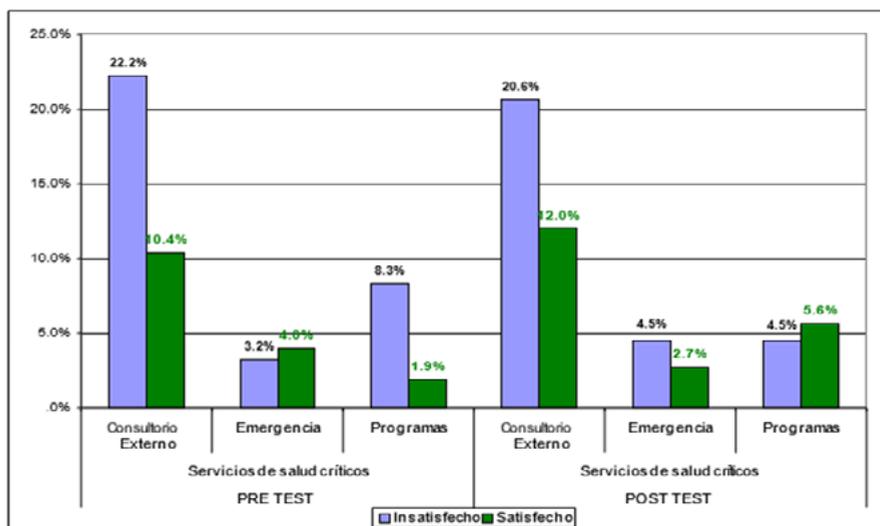
En la Tabla 9 y Figura 9, se observó que del total de la muestra del grupo control, el mayor porcentaje consideró maltrato en los servicios con un 69.0% (258), demostrándose que tanto en el pre test como en el post test existió una similitud en dicho resultado, lo cual no indicó variación alguna. De esta manera, en el servicio de Consultorios Externos se halló una proporción del 21.4% (80) antes del experimento y del 22.5% (84) después del experimento.

Tabla 10
Satisfacción del tiempo espera en los servicios de salud críticos
antes y después del experimento en el grupo control

TIEMPO DE ESPERA		PRE TEST			POST TEST			TOTAL
		SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS			SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS			
		CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	
Insatisfecho	N.º	83	12	31	77	17	17	237
	%	22.2%	3.2%	8.3%	20.6%	4.5%	4.5%	63.4%
Satisfecho	N.º	39	15	7	45	10	21	137
	%	10.4%	4.0%	1.9%	12.0%	2.7%	5.6%	36.6%
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32.6%	7.2%	10.2%	32.6%	7.2%	10.2%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 10
Satisfacción del tiempo de espera en los servicios
de salud críticos pre y post test, grupo control



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 10 y Figura 10, se pudo observar que la insatisfacción se mantuvo tanto en el pre test como en el post test, haciendo un total de 63.4% (237); mientras que el 36.6% (137) de los usuarios externos evidenciaron estar satisfechos, por lo que no hubo una diferencia significativa en ambos momentos.

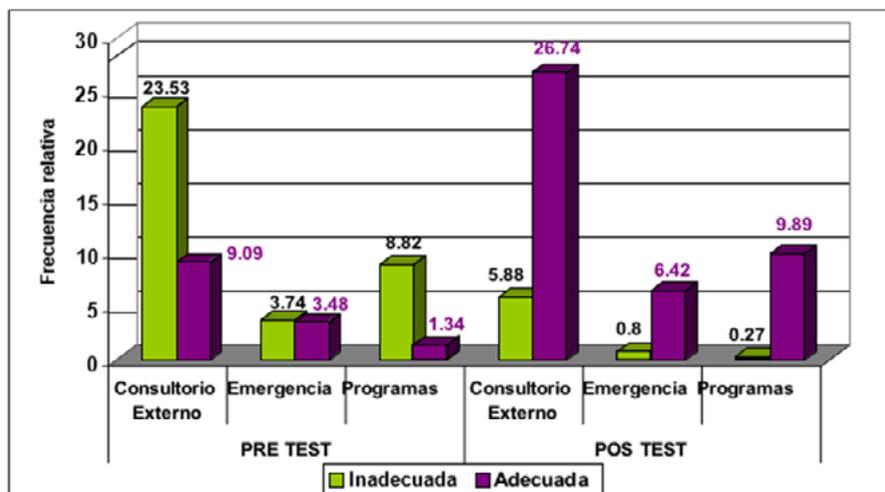
D. Comparación de las observaciones de pre y post test en el grupo experimental en relación a la satisfacción de los usuarios externos

Tabla 11
Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Experimental

COMUNICACIÓN		PRE TEST			POS TEST			TOTAL
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	
Inadecuada	N.º	88	14	33	22	3	1	161
	%	23,53	3,74	8,82	5,88	0,80	0,27	43.05%
Adecuada	N.º	34	13	5	100	24	37	213
	%	9,09	3,48	1,34	26,74	6,42	9,89	56.95%
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32,62	32,62	7,22	32,62	7,22	10,16	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Figura 11
Satisfacción de la comunicación en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo experimental



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

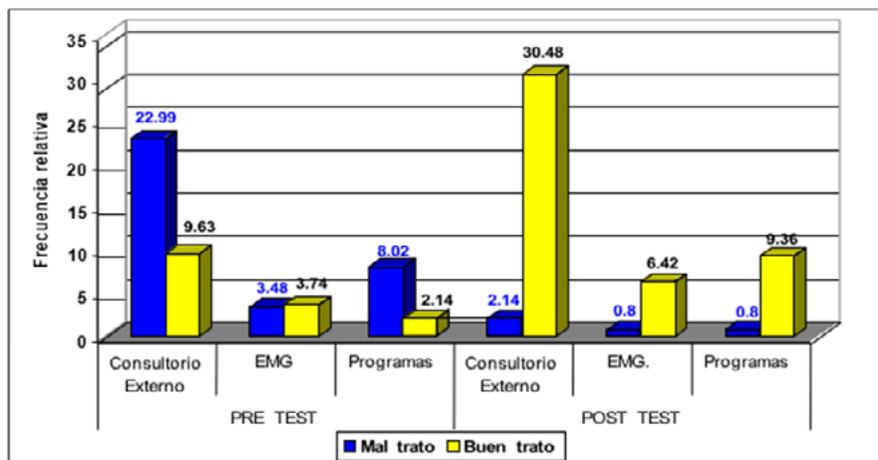
En la Tabla 11 y Figura 11, en relación a la satisfacción de la comunicación en los servicios del Grupo Experimental Micro Red “Carlos Showing Ferrari”, el 56.9% (213) consideró que la comunicación fue adecuada, pero se observaron diferencias aún más significativas al comparar los datos del pre y post test; por ejemplo, la comunicación inadecuada en los consultorios externos antes del experimento fue de 23.53% (88) y posterior al experimento fue de 5.88% (22); en tanto que la comunicación adecuada fue de 9.09% (34) y después fue de 26.74% (100). Los datos fueron similares en los demás servicios, al evidenciar así la variación significativa de la etapa de pre test y del post test.

Tabla 12
Satisfacción del trato recibido en los servicios de salud críticos
antes y después del experimento en el Grupo Experimental

TRATO RECIBIDO		PRE TEST			POST TEST			TOTAL
		CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIOS EXTERNOS	EMG	PROGRAMAS	
Mal trato	N.º	86	13	30	8	3	3	143
	%	22,99	3,48	8,02	2,14	0,80	0,80	38.24
Buen trato	N.º	36	14	8	114	24	35	231
	%	9,63	3,74	2,14	30,48	6,42	9,36	61.76
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32,62	7,22	10,16	32,62	7,22	10,16	100.00

Fuente: elaboración propia.

Figura 12
Satisfacción del trato recibido en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo experimental



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

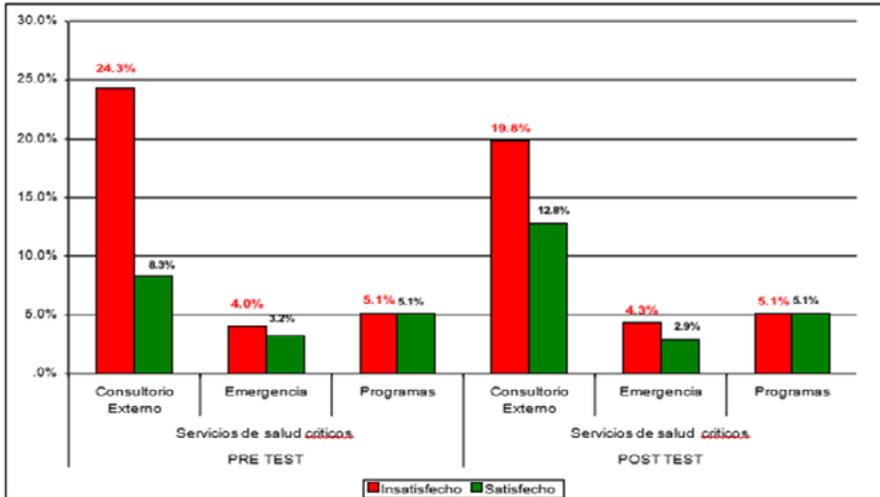
En la Tabla 12 y Figura 12, en cuanto al trato recibido en los servicios de salud, los usuarios externos del grupo experimental indicaron que fue bueno en un 61.8% (231). Sin embargo, al comparar el trato recibido en los usuarios externos del pre y post test se encontraron diferencias significativas; por ejemplo, en los consultorios externos el 9.63% (36) del pre test refirieron que fue buen trato, mientras que en el post test el 30.48% (114) manifestaron buen trato, hecho que ocurrió en todos los demás servicios. Por otro lado, el maltrato disminuyó de manera significativa en el post test en todos los servicios de salud.

Tabla 13
Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos antes y después del experimento en el Grupo Experimental

TIEMPO DE ESPERA		PRE TEST			POST TEST			TOTAL
		SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS						
		CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	
Insatisfecho	N.º	91	15	19	74	16	19	234
	%	24.3%	4.0%	5.1%	19.8%	4.3%	5.1%	62.6%
Satisfecho	N.º	31	12	19	48	11	19	140
	%	8.3%	3.2%	5.1%	12.8%	2.9%	5.1%	37.4%
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374
	%	32.6%	7.2%	10.2%	32.6%	7.2%	10.2%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 13
Satisfacción del tiempo de espera en los servicios de salud críticos pre y post test, grupo experimental



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 13 y Figura 12, se observó que la insatisfacción en los Consultorios Externos disminuyó un tanto en el post test un 19.8% (74), pero en los demás servicios se mantuvo en las mismas proporciones. Como consecuencia del resultado anterior, la satisfacción mejoró en Consultorios Externos en 12.8% (48) de los usuarios externos, más no se observó así en los demás servicios.

E. Comparación de la satisfacción del usuario externo, datos generales posteriores al experimento

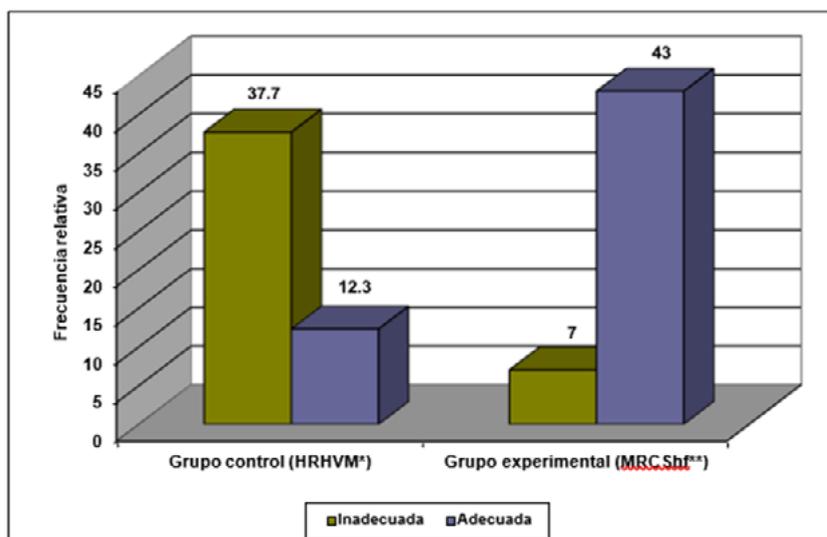
Tabla 14
Grupo control y Experimental según comunicación durante la atención después del experimento

GRUPOS DE ESTUDIO		COMUNICACIÓN		TOTAL
		INADECUADA	ADECUADA	
Grupo Control (HRHVM*)	N.º	141	46	187
	%	37,7	12,3	50,0
Grupo experimental (MRCshF**)	N.º	26	161	187
	%	7,0	43,0	50,0
Total	N.º	167	207	374
	%	44.7%	55.3%	100.0%

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
** MRCshF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 14
Grupo control y experimental según comunicación durante la atención en el post test



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 14 y Figura 14, se observó que después del experimento la apreciación de la comunicación del grupo experimental mejoró pues el 43.0% (161) lo consideró adecuada y sólo el 7.0% (26) lo consideró inadecuada.

XV. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hi: La comunicación es adecuada tanto en el grupo experimental como en el grupo control después de la implementación de los círculos de calidad.

Ho: No hay diferencia en la comunicación tanto en el grupo experimental como en el grupo control después de la implementación de los círculos de calidad.

Para la contrastación de las hipótesis se utilizó la prueba descrita por Mann-Whitney, la cual se caracteriza por comparar cada individuo del primer grupo con cada individuo del segundo, a los fines de registrar la cantidad de veces que sale favorecida en dicha comparación. Al tomar en cuenta ese recuento, se construye una medida que permite la contrastación para ver si la diferencia con el resultado esperado, en caso de existir diferencias entre los grupos, puede ser distribuido o no al azar.

Mann-Whitney Test: Comunicación en MRCSHF, Comunicación en HRHVM

N Median

Comunicación en MRCSHF 187 2.0000

Comunicación en MRCSHF 187 1.0000

Punto de estimación para ETA1-ETA2 es 1.0000

95.0 Percent CI for ETA1-ETA2 is (0.9999,1.0000)

W = 45815.0

Test of ETA1 = ETA2 vs ETA1 > ETA2 is significant at 0.0000

The test is significant at 0.0000.

Se rechazó la hipótesis nula porque el valor de la significancia fue < que 0.05 y se aceptó la hipótesis de investigación.

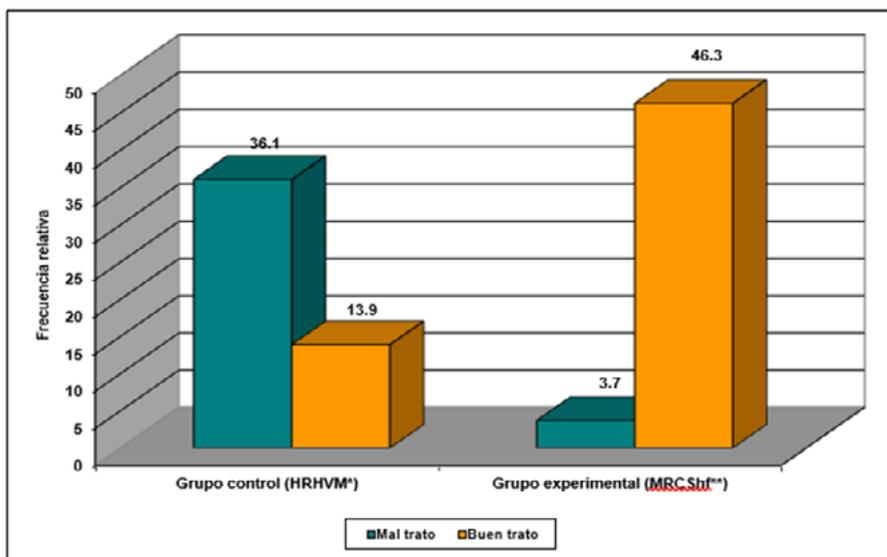
Tabla 15
Grupo control y experimental según trato recibido durante la atención después del experimento

GRUPOS DE ESTUDIO		TRATO RECIBIDO		TOTAL
		MAL TRATO	BUEN TRATO	
Grupo Control (HRHVM*)	N.º	135	52	187
	%	36.1	13.9	50.0
Grupo experimental (MRCshF**)	N.º	14	173	187
	%	3.7	46.3	50.0
Total	N.º	149	225	374
	%	39.8	60.2	100.0

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano
 ** MRCshF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 15
Grupo control y experimental según el trato recibido durante la atención en el post test



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 15 y Figura 15, se observó que después del experimento, la apreciación del buen trato fue mayor en el grupo experimental (46.3%) que en el grupo control (13.9%).

XVI. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hi: Existe mejor trato en el grupo experimental que en el grupo control después de la implementación de los círculos de calidad.

Ho: No hay diferencia en el trato tanto en el grupo experimental como en el grupo control después de la implementación de los círculos de calidad.

Mann-Whitney Test: Trato recibido en MRCshF y Trato recibido en HRHVM

N Median

Trato recibido en MRCshF 187 2.0000

Trato recibido en HRHVM 187 1.0000

Punto de estimación para ETA1-ETA2 es 1.0000

95.0 Percent CI for ETA1-ETA2 is (1.0000,1.0000)

W = 46376.0

Test of ETA1 = ETA2 vs ETA1 > ETA2 is significant at 0.0000

The test is significant at 0.0000.

Se rechazó la hipótesis nula porque el dato significativo fue < que 0.05 y se aceptó la hipótesis de investigación.

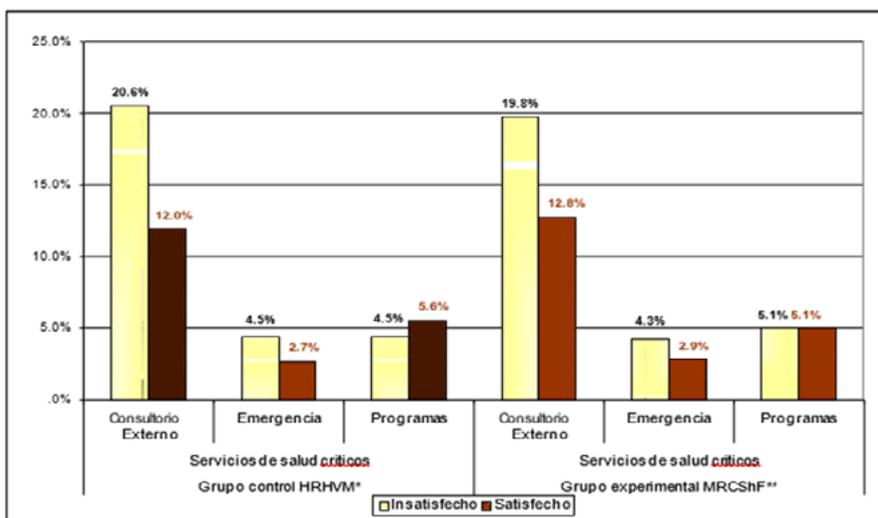
Tabla 16
Grupo control y experimental según tiempo de espera después del experimento

		GRUPO CONTROL HRHVM*			GRUPO EXPERIMENTAL MRCShF**			TOTAL	
		SERVICIOS DE SALUD CRÍTICOS							
		CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS	CONSULTORIO EXTERNO	EMG	PROGRAMAS		
Insatisfecho	N.º	77	17	17	74	16	19	220	
	%	20.6%	4.5%	4.5%	19.8%	4.3%	5.1%	58.8%	
Satisfecho	N.º	45	10	21	48	11	19	154	
	%	12.0%	2.7%	5.6%	12.8%	2.9%	5.1%	41.2%	
Total	N.º	122	27	38	122	27	38	374	
	%	32.6%	7.2%	10.2%	32.6%	7.2%	10.2%	100%	

* HRHVM: Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano
** MRCShF: Micro Red Carlos Showing Ferrari

Fuente: elaboración propia.

Figura 16
Grupo control y experimental posterior al experimento según el tiempo de espera para recibir una atención en salud



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

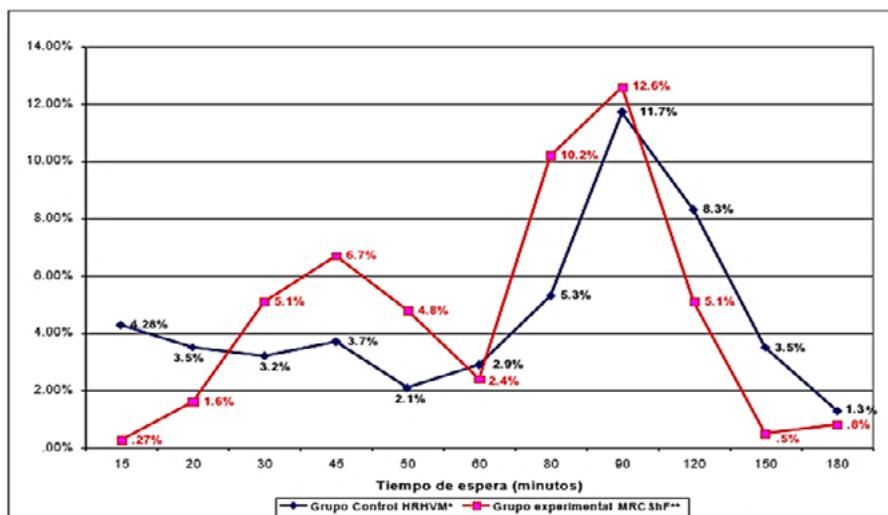
En la Tabla 16 y Figura 16, se observó que después del experimento no se evidenció variación significativa entre el grupo control y el experimental en relación al tiempo de espera del usuario externo para ser atendido. Los componentes de la muestra manifestaron su insatisfacción en un 58.8% (220), mientras que sólo el 41.2% (154) indicaron estar satisfechos.

Tabla 17
Grupo control y experimental según tiempo de espera en minutos después del experimento

TIEMPO DE ESPERA DEL USUARIO EXTERNO (MINUTOS)		GRUPOS DE ESTUDIO		TOTAL
		CONTROL HRHVM*	EXPERIMENTAL MRCShF**	
15	N.º	16	1	17
	%	4.3%	.2%	4.5%
20	N.º	13	6	19
	%	3.5%	1.6%	5.1%
30	N.º	12	19	31
	%	3.2%	5.1%	8.3%
45	N.º	14	25	39
	%	3.7%	6.7%	10.4%
50	N.º	8	18	26
	%	2.1%	4.8%	6.9%
60	N.º	11	9	20
	%	2.9%	2.4%	5.3%
80	N.º	20	38	58
	%	5.3%	10.2%	15.5%
90	N.º	44	47	91
	%	11.7%	12.6%	24.3%
120	N.º	31	19	50
	%	8.3%	5.1%	13.4%
150	N.º	13	2	15
	%	3.5%	.5%	4.0%
180	N.º	5	3	8
	%	1.3%	.8%	2.1%
Total	N.º	187	187	374
	%	50.0%	50.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 17
Grupo control y experimental posterior al experimento según el tiempo de espera en minutos para recibir una atención en salud



Fuente: elaboración propia.

Análisis Estadístico

En la Tabla 17 y Figura 17 se pudo apreciar el tiempo de espera del usuario externo en minutos tanto del grupo control como del grupo experimental. Se observó que el 24.3% (91) esperó por lo menos 90 minutos para ser atendido en un establecimiento de salud, lo cual fue motivo de insatisfacción. Cabe aclarar que posterior al experimento, esto permaneció invariable en ambos grupos.

XVII. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hi: El tiempo de espera es menor en el grupo experimental que en el grupo control después de la implementación de los círculos de calidad.

Ho: No hay diferencia en el tiempo de espera tanto en el grupo experimental como en el grupo control después de la implementación de los círculos de calidad.

Se utilizó la Prueba T o T de Student para realizar la comparación entre los dos grupos de muestras independientes con variables numéricas debido a que fue necesario implementar el procedimiento paramétrico para probar diferencias de medias.

T de Student

Dos muestras T: Tiempo de espera MRCShF vs Tiempo de espera HRHVM

N	Mean	StDev	SE	Mean
Tiempo de espera MRCShF	187	73.0	31.9	2.3
Tiempo de espera HRHVM	187	78.5	42.8	3.1

Difference = μ (Tiemp. Esp. MRCShF) - μ (Tiemp. Esp.HRHVM)

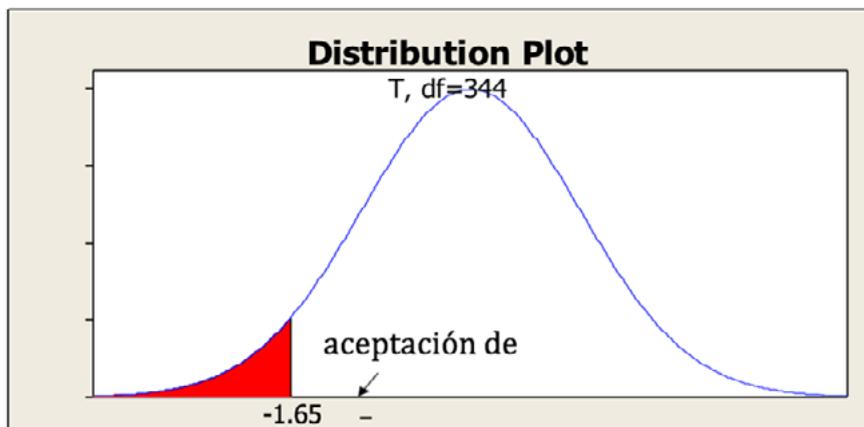
Estimate for difference: -5.45

95% upper bound for difference: 0.98

T-Test of difference = 0 (vs <): T-Value = -1.40 P-Value = 0.082 DF = 344

Se analizó que el valor de p fue mayor de α 0.05, así como también el valor de la T fue -1.4, fue menor a la T de la tabla -1.65 con 344 grados de libertad; la probabilidad de diferencia pudo ser por la casualidad y no el efecto de una intervención experimental, por lo tanto fue preciso mencionar que la implementación de los círculos de calidad no redujo los tiempos de espera en los servicios de salud por lo que se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis de la investigación; concluyéndose que el tiempo de espera no disminuyó de forma significativa con la implementación de los círculos de calidad.

Figura 18
Zona de aceptación de la Hipótesis nula y punto crítico de la T



XVIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trabajo constante y recíproco tanto del usuario externo como del personal de salud en relación a mejorar la atención al público permite e incentiva el incremento y la optimización de los niveles de calidad en los servicios de salud de las instituciones públicas o privadas; por lo tanto, se considera que todos los instrumentos y modelos de calidad que ordenan de manera sistemática los factores más críticos para la buena labor de una organización son indicadores útiles tanto para el activo proceso de gestión y calidad en los servicios de salud como para el nivel de satisfacción del usuario con los servicios recibidos, al tomar en cuenta que el usuario externo es el que determina los estándares de calidad presentadas en las instituciones públicas o privadas.

Es a través de estos estándares que los espacios de atención médica terminaron por determinar que lo que el paciente valora es la actitud del personal de salud que lo atiende. De esta manera, se presentó el análisis de la satisfacción del usuario externo relacionado con la comunicación, trato recibido y tiempo de espera, aspectos que fueron identificados como problemas que presentan las instituciones de salud en estudio.

Previo al experimento, el 69,5% (260) de los usuarios externos calificaron a la comunicación con el profesional de salud como inadecuada, al igual que en el estudio realizado por MARÍA GUADALUPE LUCAS MILÁN³⁰, en el que se reflejó que el 70.52% consideraron que la calidez y fluidez de la comunicación de los funcionarios es moderada con tendencia a inadecuada. En relación a las habilidades de comunicación, es importante considerar que éstas se dificultan en aquellos adultos mayores que padecen de hipoacusia o en pacientes con problemas crónicos o con enfermedades terminales; se determina que cuando los errores de comunicaciones son tales, los pacientes pueden llegar a malinterpretar las terapias del tratamiento o las órdenes médicas y, por lo general, son ellos mismos lo que a veces asumen la responsabilidad de cumplir con las indicaciones médicas sin haber entendido el diagnóstico de su enfermedad, el significado y la importancia de los exámenes, el tratamiento, los cuidados y las posibles complicaciones de la enfermedad. De esta manera, la falta de habilidades en la comunicación con los usuarios externos es lo que dificulta el logro de los propósitos de las actividades en relación a la mejora de la salud del usuario, mediante la activa participación del paciente en la toma de decisiones y el cumplimiento de las expectativas y de la satisfacción del paciente; así como también limita la gestión del tiempo en las atenciones o consultas en los servicios de salud. Una adecuada y eficaz comunicación entre el especialista y el paciente centrada en una función afectiva, coadyuva a la calidad de una asistencia médica, por lo tanto, el especialista debe informar al paciente con un lenguaje sencillo y al eliminar los vocablos técnicos de la medicina que lo pueden llegar a confundir y asustar; además, debe considerar tanto el nivel de complejidad de la enfermedad como el nivel cultural del paciente para así, hacer uso efectivo del tiempo de la consulta a través de las habilidades de comunicación profesional de salud y lograr una relación médico-paciente ética.

Por otro lado, en lo concerniente al trato un 67,4% (252) usuarios indican haber recibido un mal trato durante la atención en los servi-

30 MARÍA GUADALUPE LUCAS MILÁN. "La importancia de la comunicación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial", tesis doctoral, Badajoz, España, Universidad de Extremadura, 2014, disponible en [http://dehesa.unex.es/bitstream/10662/1686/1/TDUJEX_2014_Lucas_Milan.pdf].

cios de salud. Semejante al estudio realizado por NORMA ANGÉLICA PEDRAZA MELO *et al*³¹, donde concluyeron que el 26.5% de los pacientes expresan que el trato brindado por el personal va de pésimo a regular. De esta manera, se determina que una de las principales causas de la insatisfacción del usuario externo es el trato inadecuado del personal caracterizado por la falta de amabilidad y atención inmediata. En el estudio de ELSA YUDY SIHUIN TAPIA, ÓSCAR ELISBAN GÓMEZ QUISPE y VLADIMIRO IBÁÑEZ QUISPE³² utilizaron el modelo multidimensional Servqual y encontraron que la insatisfacción en los usuarios se debe al nivel de educación y al tipo de servicio de hospitalización.

Uno de los derechos fundamentales del paciente es recibir un trato respetuoso y considerado por parte del personal de salud, además de reconocer su dignidad personal y tener consideración de las variables psicológica, cultural y espiritual que tienen influencia en la percepción de su enfermedad. Sin embargo, se ha determinado que en la mayoría de las instituciones públicas o privadas de salud se escuchan afirmaciones de los usuarios externos como: “me trataron como un objeto”, “ignoran mis sentimientos”, “creen que somos objeto y nos gritan cuando no entendemos sus indicaciones”, entre otras; tal como es el caso del estudio de ROSALÍA OFELIA FERNÁNDEZ CORONADO³³, en donde el 61.49% de los pacientes estaban en desacuerdo con la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente y la credibilidad. Frente a esta realidad surge la necesidad de capacitar y de hacer entender a cada personal y profesional de la salud de que se está ante una sociedad cada vez más responsable, exigente, informados y comprome-

-
- 31 NORMA ANGÉLICA PEDRAZA MELO, JESÚS LAVÍN VERÁSTEGUI, ANAHÍ GONZÁLEZ TAPIA e IDOLINA BERNAL GONZÁLEZ. “Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC”, en *Entramado*, vol. 10, n.º 2, 2014, pp. 76 a 89, disponible en [<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/3285/2680>].
 - 32 ELSA YUDY SIHUIN TAPIA, ÓSCAR ELISBAN GÓMEZ Quispe y VLADIMIRO IBÁÑEZ QUISPE. “Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, vol. 32, n.º 2, 2015, pp. 299 a 302, disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000200014&script=sci_abstract].
 - 33 ROSALÍA OFELIA FERNÁNDEZ CORONADO. “Calidad de la atención y grado de satisfacción del paciente cardiaco transferido de provincia a la consulta externa de cardiología del INCOR 2009”, tesis de maestría, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014, disponible en [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3819/Fernandez_cr.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

tidos en su propio proceso asistencial, por lo que cada ciudadano espera que el sistema sanitario le ayude no sólo a tratar una enfermedad o reestablecer su salud sino a mejorar su calidad de vida; siendo importante la calidez y el trato amable a los pacientes porque es lo que más aprecian los usuarios y sus familiares de los servicios de salud.

Por último, respecto al tiempo de espera, cerca del 67% (251) de los usuarios externos manifestaron insatisfacción porque esperaron en promedio 90 minutos para ser atendidos, lo que explica que más de la mitad de los usuarios se sienten inconformes al acudir por un servicio en los establecimientos de salud; así como también se concluyó mediante la encuesta realizada a los usuarios externos en el Hospital Nacional Daniel Alcides C. para conocer su nivel de satisfacción que más de la mitad (72,1%) afirmaron que el tiempo de espera para ser atendidos en consultorios externos fue largo. Por su parte, ROSSANA MARÍA REDHEAD GARCÍA³⁴ concluyó que uno de los motivos del nivel calidad en la atención al usuario es el tiempo de espera. La espera suele ser tan común en los establecimientos de salud debido al incremento en la demanda asistencial, a la falta de un sistema de citas, al horario inapropiado del personal, al deficiente manejo de los archivos o historial médico.

En este estudio, los resultados posteriores al experimento explicaron la importancia de los círculos de calidad en el grupo experimental, tal fue el caso en el que hubo un 55,35% (207) de los usuarios que indicaron que la comunicación con el personal de salud fue adecuada; más de la mitad 60,2% (225) manifestaron haber recibido buen trato; respecto al tiempo de espera no se evidenciaron cambios significativos ya que el 58.8% (220) manifestaron su insatisfacción, de ellos un 24.3% (91) usuarios esperaron al menos 90 minutos para ser atendidos. Por consiguiente, se hizo notable la mejora de la calidad de atención en el grupo experimental, mediante la implementación de los círculos de calidad, recomendándose que se le siga dando continuidad a dicha estrategia para mejorar el nivel de calidad y satisfacción en los servicios

34 ROSSANA MARÍA REDHEAD GARCÍA. "Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013", tesis de maestría, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015, disponible en [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4806/Redhead_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

de salud. Del mismo modo, es fundamental tomar en cuenta la relación entre el personal y el usuario externo ya que es el elemento central para brindar una atención de calidad, permitiendo que el personal de salud pueda usar y mantener un lenguaje claro y sencillo a los fines de mejorar las habilidades en la comunicación y adaptarse a las características socioculturales del usuario.

Para terminar, se concluye que las necesidades de la atención de salud y las expectativas que tiene el usuario externo requieren de interacciones adecuadas, los cuales se deben caracterizar por la fluidez en las comunicaciones, empatía, calidez, confianza, respeto y sensibilidad. Así como también, la relación del personal con el usuario externo suele ser el encuentro de una conciencia y de una confianza recíproca; siendo elementos fundamentales para integrar al paciente a los servicios y al cumplimiento de las indicaciones prescritas por el personal de salud.

CONCLUSIONES

- El 67,6% (253) de los usuarios externos fueron de sexo femenino, de los cuales el 35,8% fueron del grupo experimental y el resto del grupo control.
- Previo al experimento se alcanzaron los siguientes resultados:
 - a) El 69,5% (260) de los usuarios externos valoraron la comunicación como inadecuada, de los cuales el 23,53% (88) y 21,66% (81) fueron usuarios de consultorios externos del HRHVM y MRCSH cada uno.
 - b) El 67,4% (252) de los usuarios externos indicaron haber recibido un mal trato durante la atención, de los cuales el 22,99% (86) y el 21,39% (80) fueron atendidos en los servicios de consultorios externos del HRHVM y MRCSHF cada uno.
 - c) El 67% (251) de los usuarios externos manifestaron su insatisfacción, siendo una observación constante en los consultorios externos del HRHVM y MRCSHF.

- Posterior al experimento, tanto en el grupo control como en el grupo experimental se evidenciaron los siguientes resultados:
 - a) El 55,35% (207) de los usuarios externos manifestaron que la comunicación fue adecuada, de los cuales el 26,74 % (100) pertenecieron al grupo experimental. Mientras el 23,53% (88) del grupo control manifestaron como inadecuada la comunicación.
 - b) El 60,16% (225) de los usuarios externos indicaron haber recibido un buen trato durante la atención, siendo el 30,48% (114) del grupo experimental en el servicio de consultorios externos. Sin embargo, el 22,46 % (84) del grupo control en el servicio de consultorios externos manifestaron que recibieron maltrato durante los servicios recibidos.
 - c) En cuanto al tiempo de espera, no se evidencia diferencia significativa, ya que la insatisfacción general es 58.8% (220), es más alto que la satisfacción 41.2% (154) de los usuarios externos de ambos grupos.

- Posterior al experimento, al comparar los datos del grupo control y experimental se evidenciaron cambios significativos en el grupo experimental respecto a la comunicación y al trato durante la atención, pero no fue así con el tiempo de espera:
 - a) Sobre la comunicación entre el personal de salud y el usuario externo durante la atención de salud, el 43,0% (161) de los usuarios externos manifestaron como adecuada frente a un 37,7% (141) del grupo control que indicaron lo contrario.
 - b) El 46,3% (173) de los usuarios externos indicaron haber recibido un buen trato en los diferentes servicios del grupo experimental frente a un 36,1% (135) del grupo control que percibieron un maltrato.
 - c) En relación al tiempo de espera no se evidenció una significativa variación en ningún grupo de estudio ya que el 58.8% (220) de los usuarios externos manifestaron su insatisfacción. Respecto a los minutos de espera, el 24.3% (91) refirieron que esperaron 90

minutos en promedio para recibir una atención en el establecimiento de salud.

- Las hipótesis planteadas fueron contrastadas mediante las pruebas no paramétricas y paramétricas:
 - a) La prueba paramétrica se usó para contrastar datos ordinales de dos muestras que correspondieron a la comunicación y al trato mediante el Test de Mann-Whitney, con 95% de nivel de significancia. La W calculada fue 45815 y 46376 cada uno, al indicar que fue significativo con 0.0000 y al aceptar la H_1 en ambos casos.
 - b) La prueba paramétrica T de Student, se usó para contrastar datos cuantitativos en las dos muestras independientes con 95% de nivel de confiabilidad, α 0.05 y 344 grados de libertad, obteniendo el valor de T - 1.40 y el valor de P 0.082; valores que indicaron la aceptación de la hipótesis nula por lo que se precisó que la implementación de los círculos de calidad no logró disminuir el tiempo de espera.

RECOMENDACIONES

Después de conocer la utilidad de la implementación de los círculos de calidad se recomienda:

A los establecimientos de salud

- Implementar los círculos de calidad en la atención para mejorar la satisfacción del usuario externo, lo que permitirá el proceso de autoevaluación participativa y continua.
- Brindar calidad en la atención de salud para incrementar los niveles de satisfacción del usuario externo en relación a la comunicación y el trato recibido durante su atención.
- Identificar los nudos críticos del tiempo de espera con el objetivo de evaluar el tiempo necesario para cada actividad según el tipo de usuario.

A la DIRESA

Promover los círculos de calidad en aras de mejorar el interior de los establecimientos de salud para establecer estándares de calidad durante la atención en los servicios de salud.

A los investigadores

Realizar otros estudios y trabajos de investigación en relación a los círculos de calidad con la finalidad de observar la utilidad que estos pudieran tener en la satisfacción del usuario externo y, sobre todo, incidir en la investigación en el tiempo de espera, incluyendo el establecimiento de un sistema de citas, automatización de los archivos y comprometer al personal de esta área a participar en los círculos de calidad.

CAPÍTULO QUINTO

CARTOGRAFÍA SOBRE LA CALIDAD Y LOS SERVICIOS EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

La evaluación de los servicios en cualquier instancia es una de los objetivos claves en toda organización, no sin antes creer que es esencial para todo tipo de institución evaluar los efectos, así como las consecuencias que pudieran presentarse. Sin la existencia de estos principios que forman parte importante de toda organización, los centros hospitalarios, como organismos que se encargan de atender situaciones claves en materia de salud, no son la excepción, puesto que su principal horizonte está orientado a atender con público, antes bien, su principal objetivo es dar respuestas y darle al mismo tiempo solución a cualquier situación emergente que pudiera hacerse presente, incluso en las circunstancias más complejas. Un campo poco abordado desde las diversas corrientes del conocimiento es medir el impacto tanto positivo como negativo que generaría si no se hace el debido procedimiento a la hora de darle respuesta a cualquier situación que se presente, medir desde diversos ángulos, incluso, otorgaría mejoras en la salud, aun cuando estos no se manifiesten del todo; los niveles de ansiedad que suelen aparecer cuando no se halla la palabra adecuada, o cuando no se conoce lo que en realidad se padece, podría desencadenar en eventos complicados.

De igual manera, la atención adecuada pudiera incidir en la mejora de las relaciones no solo entre los funcionarios que laboran en los centros hospitalarios, sino también entre los mismos usuarios que son atendidos bajo circunstancias específicas, bajo una dependencia hacia el personal de salud.

No obstante, el servicio que prestan los funcionarios en determinados centros hospitalarios puede de alguna manera acelerar o por

el contrario desacelerar los avances en ciertas enfermedades, aun no diagnosticada al momento de buscar información debida. Un aspecto relevante en la atención al usuario, en especial al usuario hospitalario es que la información, así como el manejo de ciertas actitudes deben estar orientadas sobre todo hacia un acertado manejo del lenguaje, lo que equivale a una precisión en tanto información pertinente sobre los servicios consultados. Aunado a esto, la disposición siempre atenta, ante cualquier situación que amerite la información requerida. A través de una comunicación fluida y asertiva no solo con el paciente, sino con sus familiares mejoran los niveles de atención que se requieren, no sin antes advertir, que esta categoría elevará los rangos de confianza y aceptabilidad traduciéndose en una mejora en la percepción del propio centro, la imagen corporativa que se tiene cobraría otros matices, y el clima organizacional entre pacientes y funcionarios mejorarían y se centrarían en otras dimensiones, mucho más complejas que las meras instrumentales e institucionales.

Otro de los aspectos fundamentales tiene que ver con la sustentación en tanto niveles de satisfacción entre los pacientes usuarios y los funcionarios. En este sentido, ANETTE RODRÍGUEZ señala lo siguiente:

Las mediciones e indicadores permiten al usuario tener información, poder elegir y aumentar el grado de satisfacción. El desempeño en calidad se sustenta en: Medición de resultados: midiendo los resultados podemos mejorar los procesos, revisando los indicadores como mortalidad, morbilidad, natalidad, entre otros. No sacamos nada con tener indicadores si no somos capaces de revisarlos y actuar. Mediciones de procesos: cumplimiento de los protocolos. Por ejemplo, la medición del número de ataques cardiacos, neumonías, mejoras en el cuidado quirúrgico, problemas respiratorios infantiles, etc. Mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias: medir mediante indicadores cuán satisfechos están nuestros usuarios con nuestro quehacer, nuestro trato y el resultado final³⁵. (s/p)

35 ANETTE RODRÍGUEZ. "Creando una cultura de calidad hospitalaria", *Med Wave*, vol. 13, n.º 9, 2013, disponible en [<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/5810>].

Un campo inexplorado y que cobra notoriedad en los niveles de calidad es aquel que permite evaluar el desempeño, por muy básico y elemental que sea, el desempeño tanto de los funcionarios denominados subalternos, como aquellos que detentan los más altos cargos en la administración, están desde esta mirada, en un mismo plano, puesto que la responsabilidad que tienen es la misma, no así, aquellas de las cuales ameritan un tratamiento específico, como por ejemplo la atención que ofrece un médico, enfermera o asistente médico.

La responsabilidad que deviene de un principio ontológico pasa por ser parte de un conjunto de orientaciones acordes a las dinámicas de las mismas instituciones que han direccionado sus políticas en beneficio de un determinado grupo social. Esta responsabilidad no está abrazada solo a los presupuestos éticos, de igual modo la responsabilidad estriba desde enfoques bioéticos que constituyen los pilares de toda organización de vanguardia. Tanto la responsabilidad como los valores vinculados a ella juegan un papel relevante, puesto que de ellos depende el éxito de las instituciones.

De acuerdo a los principios de responsabilidad se debe de igual modo considerar otro de los rasgos necesarios para la prestación de servicio, el cual forma parte de la misma organización: la comunicación. De acuerdo a las nuevas tendencias, la comunicación concentra uno de los porcentajes mayores para el éxito de las instituciones; sin ella, las probabilidades de satisfacción tanto de usuarios como de funcionarios serían escasas, a ratos inexistentes. Sin la comunicación los procesos de interacción entre los miembros de una determinada organización se verían amenazados. No sin antes advertir, que esta garantiza los niveles óptimos para que cualquier tipo de organización mejore su desempeño, así como sus objetivos, planes y futuros proyectos. Sin la existencia de la comunicación sería cuesta arriba emprender una idea o concretar cualquier tipo de emprendimiento. El uso correcto de la información derivada de orientaciones precisas en torno a una situación en particular, garantiza que la información fluya, no obstante, la información que debe darse, más allá de una mera transmisión, debe contener la información clave que contribuya a desacelerar los niveles de ansiedad y angustia que pudieran presentar los usuarios al momento de solicitar algún tipo de razón o dato lo que, para RODRÍGUEZ, “dis-

minuirá potencialmente la carga emocional de las familias en relación con su paciente, lo que permite mejorar la satisfacción usuaria”³⁶ (s/p).

La satisfacción usuaria es la clave para la prestación de un servicio, lo que se traduce como el nivel aceptable para medir hasta qué punto han sido efectivos los diversos métodos implementados. La necesidad sigue siendo irrefutable desde cualquier punto de vista. Que un usuario sienta que es tratado con respeto y consideración en un terreno que no se ha abonado lo suficiente. Lo que equivale a que las acciones que se logren emprender estén en vía de identificar los posibles errores y así disminuir su carga cultural.

Por otro lado, es importante insistir en que la prestación de un servicio, sea cual sea su destino, implica una relación y una interacción netamente humana, en este sentido, cada ser humano, tiene y presenta en cualquier momento de su vida situaciones particulares, cada quien ha sido orientado de diversas maneras, lo que se traduce en que cada quien entiende y comprende de distinta forma la información que se le ofrece. No conforme con esto, cada sujeto acude desde su configuración humana a situaciones donde la comunicación es esencial, por lo tanto, se ha hecho imperativo que los niveles de esta, estén acorde con la realidad del otro. Una realidad que en la actualidad se respira en pasillos de hospitales y centros prestadores de servicios médicos, ya que estos se han abocado a resolver asuntos de índole físico, aunque importantes y necesarios, es también un campo que ha sido obviado en este sentido, se trata sobre todo de lo relacionado al manejo asertivo de la comunicación.

En los últimos años la inversión por parte de grandes corporaciones internacionales, así como por el Estado ha sido enorme, contribuyendo de esta manera, al fortalecimiento y a la adquisición de tecnología de punta, la incorporación de los mejores talentos, sin mencionar que las estructuras físicas han sido rediseñadas para darle una mayor presencia en la sociedad contemporánea. Sin embargo, se desestima el planteamiento humano, y con él los niveles siempre efectivos de la comunicación, lo cual se perfila de acuerdo a Tuneu & Poveda, citados

36 RODRÍGUEZ. “Creando una cultura de calidad hospitalaria”, cit.

por KLEBER ALFREDO ZÚÑIGA LEÓN, "(...) como causa de la mayoría de conflictos personales y profesionales"³⁷.

Este rasgo, aunque distante en los intereses de muchas de las organizaciones hospitalarias, es determinante en la medida en que sus empleados, funcionarios y usuarios lo pongan en marcha como parte de su organización, no sin antes advertir que el trato no solo está direccionado hacia aquellos que laboran en instituciones, y que por ende, tienen la responsabilidad de estar al servicio del usuario, también se debe considerar que este funcionario también está sometido, la mayoría de las veces, a tratos irresponsables y desproporcionados, sobrecarga en sus respectivos horarios, obligación de cumplir con metas numéricas en relación a sus servicios. Un aspecto resaltante en esta situación es que se debe en la mayoría de lo posible, invertir en la capacitación del personal que labora en las instituciones hospitalarias, y que garantice de esta manera, el trato humano hacia los usuarios, pero también hacía aquellos que prestan más allá de una instrumental información al crecimiento no solo personal sino laboral. En este sentido, es fundamental tomar conciencia sobre los diversos tratamientos, corregir a tiempo lo que pudiera en un futuro afectar el clima entre funcionarios y usuarios.

En consecuencia, mucho se ha insistido en la implementación de los círculos de calidad, que más allá de una propuesta a poner en práctica, sigue siendo un factor esencial puesto que de él confluyen todos los demás. No solo basta con crear comités, grupos o círculos, si no se tiene conciencia acerca de la importancia de las relaciones entre los seres, cada día más ausentes en la sociedad contemporánea.

37 KLEBER ALFREDO ZÚÑIGA LEÓN. "Análisis de la comunicación organizacional brindada a los usuarios del hospital de especialidades "Dr. Abel Gilbert Pontón", ciudad Guayaquil", tesis de pregrado, Guayaquil, Universidad Estatal de Guayaquil, 2016, disponible en [<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/15268/1/KLEBER%20ALFREDO%20ZU%c3%91IGA%20LE%c3%93N.pdf>], p. 4.

BIBLIOGRAFÍA

BANDA CASTRO, ANA LILIA y MIGUEL ARTURO MORALES ZAMORANO. “Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios”, *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 17, n.º 1, 2012, pp. 29 a 43, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246003.pdf>].

BELLIDO HUAMÁN, DENISSE MILAGRO y NELLY FLORES LÓPEZ. “Influencia de las estrategias de atención al paciente en la imagen corporativa de la micro red de salud Maritza Campos Díaz, de Arequipa, durante el primer semestre, 2017”, tesis de pregrado, Arequipa, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, 2017, disponible en [<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4711/CCbehudm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].

CAJO SEGURA, MARTÍN HIPÓLITO y JORGE ISAÍAS CUBAS ALVÁN. “Satisfacción de la calidad de servicio del fast food bembos Chiclayo”, tesis de pregrado, Chiclayo, Perú, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2019, disponible en [http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/2122/TL_CajoSegura-Martin_CubasAlvanJorge.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

CASTELO RIVAS, WALTER PATRICIO; ÁNGEL FREDY CASTELO RIVAS y JORGE LUIS RODRÍGUEZ DÍAZ. “Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencia”, *Revista Cubana de Emergencia*, vol. 32, n.º 3, 2016, pp. 335 a 342, disponible en [<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/942/184>].

CHIU NAVARRO, VIOLETA; MARCIA COLÁS COSTA, MARÍA E. ALONSO PARDO y NORAH COSSÍO FIGUEROA. “Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas”, *Revista Cubana Educación Médica Superior*, vol. 13, n.º 1, 1999, pp. 15 a 18, disponible en [<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v13n1/ems02199.pdf>].

FERNÁNDEZ CORONADO, ROSALÍA OFELIA. “Calidad de la atención y grado de satisfacción del paciente cardiaco transferido de provincia a la consulta externa de cardiología del INCOR 2009”, tesis de maestría, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014, disponible en [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3819/Fernandez_cr.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

FORRELLAT BARRIOS, MARIELA. “Calidad en los servicios de salud”, *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, vol. 30, n.º 2, 2014, pp. 179 a 183, disponible en [<http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>].

GALLEGO, GLORIA y MAGDALENA BOSCH. “Educar es amar y autorrealizarse”, *Revista de Comunicación de la SEECI*, vol. 20, n.º 39, 2016, pp. 162 a 183, disponible en [https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Gallego/publication/301305058_Educar_es_amar_y_autorrealizarse/links/5c7e741f299bf1268d3a8202/Educar-es-amar-y-autorrealizarse.pdf].

GÁNDARA GONZÁLEZ, FELIPE DE JESÚS. “Herramientas de calidad y el trabajo en equipo para disminuir la reprobación escolar”, en *Conciencia Tecnológica*, n.º 48, julio-diciembre de 2014, pp. 17 a 24, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94432996003>].

GUANCHE GARCELL, HUMBERTO. “Un análisis ético por la calidad de la atención médica quirúrgica”, *Revista Cubana de Cirugía*, vol. 46,

n.º 3, 2007, pp. 1 a 11, disponible en [<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir12307.pdf>].

GUEVARA LÓPEZ, URÍA. “La bioética práctica normativa, moral objetiva o modernidad ilustrada. Una visión crítica”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 42, n.º 1, 2019, pp. 321 a 323, disponible en [<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/emas-191cy.pdf>].

HAMUI SUTTON, LIZ; RUTH FUENTES GARCÍA, REBECA AGUIRRE HERNÁNDEZ y OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE. *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*, Ciudad de México, Facultad de Medicina, 2013, disponible en [<http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>].

HUARINGA GALARZA, ZORAIDA. “Nivel de satisfacción del usuario externo frente a la calidad de atención en el programa de CRED en la red de salud de Tarma”, tesis de maestría, Tarma, Perú, Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, 2014, disponible en [<http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/291>].

LUCAS MILÁN, MARÍA GUADALUPE. “La importancia de la comunicación entre los profesionales sanitarios y sus pacientes. Dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial”, tesis doctoral, Badajoz, España, Universidad de Extremadura, 2014, disponible en [http://dehesa.unex.es/bitstream/10662/1686/1/TDUEX_2014_Lucas_Milan.pdf].

LUNA OROZCO, JAVIER. “Ética y calidad en salud: un binomio inseparable”, en *Acta Bioethica*, vol. 17, n.º 1, 2011, pp. 9 a 17, disponible en [<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v17n1/a02.pdf>].

MAGUIÑA GOMERO, JESÚS NOE y KIARA NEWZA PAREDES AMAYA. “Calidad de atención y nivel de satisfacción de los usuarios del servi-

cio: consultorios externos - medicina interna del hospital regional de Huacho, periodo 2018”, tesis de pregrado, Huacho, Perú, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2019, disponible en [<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/2899/MAGUI%c3%91A%20GOMERO%20y%20PAREDES%20AMAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].

MOLINA RAMÍREZ, NELSON. “La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso”, *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, n.º 2, Bogotá, Universidad el Bosque, julio-diciembre de 2013, pp. 18 a 37, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf>].

PARIPANCCA HERRERA, EVELYN LIVIA. “Calidad de servicio y satisfacción en la atención de los usuarios externos referidos en un hospital de asociación público privada. 2016-2017”, tesis de maestría, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2019, disponible en [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10164/Paripancca_he.pdf?sequence=3&isAllowed=y].

PEDRAZA MELO, NORMA ANGÉLICA; JESÚS LAVÍN VERÁSTEGUI, ANAHÍ GONZÁLEZ TAPIA e IDOLINA BERNAL GONZÁLEZ. “Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC”, en *Entramado*, vol. 10, n.º 2, 2014, pp. 76 a 89, disponible en [<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/entramado/article/view/3285/2680>].

PÉREZ ROMERO, SHIRLEY; JUAN J. GASCÓN CÁNOVAS, DIEGO SALMERÓN MARTÍNEZ, PEDRO PARRA HIDALGO y OLGA MONTEAGUDO PIQUERAS. “Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente”, en *Gac Sanit*, vol. 31, n.º 5, 2017, pp. 416 a 422, disponible en [<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv31n5/0213-9111-gs-31-05-00416.pdf>].

REDHEAD GARCÍA, ROSSANA MARÍA. “Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chacacayo 2013”, tesis de maestría, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015, disponible en [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4806/Red-head_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

RICOEUR, PAUL. *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996, disponible en [<https://construcciondeidentidades.files.wordpress.com/2014/08/ricoeur-paul-si-mismo-como-otro.pdf>].

RÍOS CÁCERES, ADRIANA MARCELA y ANDRÉS FELIPE BARRETO GALEANO. “Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chia y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016”, tesis de pregrado, Bogotá, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, 2016, disponible en [<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/639/1/Percepcion%20de%20la%20satisfaccion%2C%20Tenjo.pdf>].

ROBLEDO GALVAN, HÉCTOR; JOSÉ MELJEM MOCTEZUMA, GERMÁN E. FAJARDO DOLCI y DAVID OLVERA LÓPEZ. “De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud”, *Revista Conamed*, vol. 17, n.º 4, 2012, pp. 172 a 175, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4175520.pdf>].

RODRÍGUEZ LEÓN, ALFONSO y DONACIANO LUGO ZAPATA. “Garantía de la calidad en salud”, *Salud en Tabasco*, vol. 12, n.º 3, 2006, pp. 551 a 554, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/487/48712308.pdf>].

RODRÍGUEZ PÉREZ, MARÍA PAZ y MARTA GRANDE ARNESTO. *Bases conceptuales y factores determinantes de la calidad asistencial. Los modelos de calidad en las organizaciones y en los servicios sanitarios orientados a satisfacer las necesidades esenciales a través*

de procesos de mejora continua. El ciclo de la evaluación desde la perspectiva asistencial y orientación al paciente, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, 2014, disponible en [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf].

RODRÍGUEZ, ANETTE. “Creando una cultura de calidad hospitalaria”, *Med Wave*, vol. 13, n.º 9, 2013, disponible en [<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/5810>].

RUELAS BARAJAS, ENRIQUE; HILDA REYES ZAPATA, BEATRIZ ZURITA GARZA, LUIS MIGUEL VIDAL PINEDA y SAMUEL KARCHAMER. “Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el instituto nacional de perinatología”, *Salud Pública de México*, vol. 32, n.º 2, 1990, pp. 207 a 220, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632211>].

SAUCEDO RAMOS, CLAUDIA. “Entre lo colectivo y lo individual. La experiencia de la escuela a través de relatos de vida”, *Nueva Antropología*, vol. 19, n.º 62, 2003, pp. 77 a 98, disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362003000100005].

SIHUIN TAPIA, ELSA YUDY; ÓSCAR ELISBAN GÓMEZ QUISPE y VLADIMIRO IBÁÑEZ QUISPE. “Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 32, n.º 2, 2015, pp. 299 a 302, disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000200014&script=sci_abstract].

TRESIERRA AYALA, MIGUEL ÁNGEL. “Determinantes de la calidad sentida de los servicios de salud nivel III. ESSALUD, 2015”, tesis de maestría, Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2019, disponible en [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4555/1/REP_MAEST.MEDE_MIGUEL].

TRESIERRA_DETERMINANTES.CALIDAD.SENTIDA.SERVICIOS.
SALUD.NIVEL.III.ESSALUD.2015.pdf].

ZÚÑIGA LEÓN, KLEBER ALFREDO. “Análisis de la comunicación organizacional brindada a los usuarios del hospital de especialidades “Dr. Abel Gilbert Pontón”, ciudad Guayaquil”, tesis de pregrado, Guayaquil, Universidad Estatal de Guayaquil, 2016, disponible en [<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/15268/1/KLEBER%20ALFREDO%20ZU%c3%91IGA%20LE%c3%93N.pdf>].

LOS AUTORES

ABNER A. FONSECA LIVIAS

abnerfonsecalivias@gmail.com

Doctor en Salud Pública

Maestro en Gestión y Planeamiento Educativo

Profesor principal en la Facultad de Enfermería y de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán –UNHEVAL–, Huánuco, Perú.

Investigador RENACYT –CONCYTEC– Perú

Docente investigador de la UNHEVAL

Fue Director de la Escuela de Posgrado de la UNHEVAL, Director de Investigación de la UNHEVAL; Director de la Unidad de Investigación y Decano de la Facultad de Enfermería.

REYNALDO MARCIAL OSTOS MIRAVAL

reynaldo70miraval@outlook.es

Post Doctor en Ciencias

Doctor en Ciencias de la Educación

Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Profesor principal de la Facultad de Psicología y de la EPG de la UNHEVAL, Calificado como investigador CONCYTEC.

Ha sido Director de Admisión, Director de EAP Psicología, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Director de la Escuela de Posgrado de La UNHEVAL. Rector de la universidad Nacional Hermilio Valdizan.

ROSARIO VARGAS RONCAL

rosario.vargas.roncal@hotmail.com

Doctor en Gestión Empresarial

Maestro en Gestión de Educación Superior

Especialista en Gestión de la Calidad

Profesor Asociado de la Facultad de Ingeniería Industrial y de Sistemas de la Universidad Hermilio Valdizán –UNHEVAL–, Huánuco, Perú.

Investigador RENACYT – CONCYTEC –, Perú.

Director de Calidad en la Universidad Hermilio Valdizán



Editado por el Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–,
en marzo de 2021

Se compuso en caracteres Cambria de 12 y 9 pts.

Bogotá, Colombia

