

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**



**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**

**PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA  
Y COMUNITARIA - MENCIÓN: GERENCIA EN SALUD**

**Presentado por:**

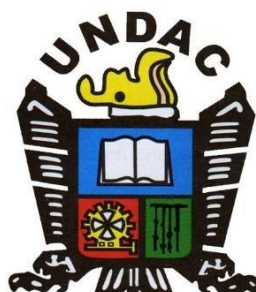
**HUARINGA GALARZA, Zoraida**

**TARMA – PERÚ**

**2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**



**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE  
A LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED  
EN LA RED DE SALUD DE TARMA**

**Presentado por:**

**HUARINGA GALARZA, Zoraida**

**SUSTENTADO Y APROBADO ANTE LA COMISION DE JURADOS**

**Dr. Loli CABRERA ALVARADO**  
Presidente

**Dr. Cesar Iván ROJAS JARA**  
Miembro

**Mg. Eida Nelly MOYA MALAGA**  
Miembro

**DEDICATORIA:**

A mi familia por su constante apoyo y a mí  
Hija por el impulso diario que me brinda para  
la culminación de la Tesis.

**RECONOCIMIENTO:**

A Dios por su GUIA CONSTANTE y A  
mis colegas Lic. En Enfermería por  
Compartir conocimientos y  
Experiencias.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata sobre; ¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?, con el objetivo de; Determinar nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014.

Se aplicó como instrumento un cuestionario. Y el método fue el descriptivo, analítico y sintético, el diseño utilizado fue el descriptivo simple. Las hipótesis formuladas en el estudio fueron contrastadas afirmativamente. Los resultados a los que se llegó fueron; Las usuarias, principalmente madres se encuentran poco satisfechas en sus expectativas con 36,7% y en su percepción 44,3%.

Las usuarias, menores de 26 a 35 años de edad están poco satisfechas en sus expectativas con 20,9% y en su percepción las menores de 25 años con 26,8%.

Las usuarias de sexo femenino están poco satisfechas en sus expectativas con 43,8% y en su percepción el 60,7%.

Las usuarias de nivel de estudio secundario están poco satisfechas en sus expectativas con 21,6% y en su percepción el 29,2%. Las usuarias con tipo de seguro SIS están poco satisfechas en sus expectativas con 35,6% y en su percepción el 45,1%.

### **PALABRAS CLAVES:**

Satisfacción del usuario, Satisfacción en el programa de CRED

## **ABSTRACT**

This research is about; What is the level of satisfaction versus external user attention on the CRED program in Tarma Health Network 2014 with the aim of; Determine satisfaction level versus external user attention on the CRED program in Tarma Health Network 2014.

It was applied as instrument a questionnaire. And the method was descriptive, analytic and synthetic, the design was simple descriptive. The assumptions made in the study were contrasted affirmative. The results that were reached were; Users mainly mothers are poorly met their expectations with 36.7% and 44.3% in their perception.

Users, under 26 to 35 years old are poorly met their expectations with 20.9% and its perception the under 25s with 26.8%. Female users are poorly met their expectations with 43.8% and 60.7% perception. Level users substudy are poorly met their expectations with 21.6% and 29.2% perception. Users with SIS type of insurance are poorly met their expectations with 35.6% and 45.1% perception.

### **KEYWORDS:**

User satisfaction, satisfaction CRED program

## INDICE

N°de Pagina

Dedicatoria	
Reconocimiento	
Resumen	
Abstract	
Índice o sumario	
Índice de figuras	
Índice de tablas	
Índice de gráficos	
Introducción	

### **CAPITULO I**

#### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Identificación y determinación del problema	1
1.2 Delimitación de la investigación	5
1.3 Formulación del problema	5
1.3.1. Problema General	
1.3.2. Problemas Específicos	
1.4 Formulación Objetivos	6
1.4.1 Objetivo General	
1.4.2 Objetivo Específicos	
1.5 Justificación de la investigación	6
1.6 Limitaciones de la investigación	7

### **CAPITULO II**

#### **MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de estudio	8
2.2 Base teóricas - científicas	12
2.3 Definición de términos básicos	76

2.4 Formulación de hipótesis	77
2.4.1 Hipótesis General	
2.4.2 Hipótesis específicas	
2.5 Identificación de variables	78
2.6 Definición operacional de variables	78

### **CAPITULO III**

#### **METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION**

3.1 Tipo y nivel de investigación	80
3.2 Métodos de investigación	80
3.3 Diseño de investigación	80
3.4 Población y muestra	81
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	81
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	82
3.7 Tratamiento estadístico	82
3.8 Selección y validación de los instrumentos de investigación	82

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS Y DISCUSION**

4.1 Descripción del trabajo de campo	83
4.2 presentación, análisis e interpretación de resultados	84
4.3 Prueba de hipótesis	105
4.4 Discusión de resultado	112

CONCLUSIONES	118
--------------	-----

RECOMENDACIONES	120
-----------------	-----

BIBLIOGRAFIA	121
--------------	-----

ANEXOS	127
--------	-----



## **INTRODUCCIÓN**

La calidad total tiene su principal fuerza motriz en la creación de un valor agregado a la atención de enfermería para satisfacer a los clientes y usuarios. El valor es la percepción del usuario sobre el grado en que se satisfacen sus necesidades parte de la empresa o institución a la cual demandan un producto o un servicio.

El término percepción fue adoptado principalmente por las disciplinas relacionadas con la conducta humana, y es utilizado para describir el proceso que ocurre cuando un evento físico es captado por los sentidos del ser humano y es procesado por el cerebro, donde se integra con anteriores experiencias, para darle un significado. Sin embargo, no se puede considerar a la percepción como un antecedente que se encuentra en la construcción mental de toda visión del mundo, sino como un producto sociocultural complejo y, por lo tanto, antes de ser un hecho aislado, en

términos de sensaciones es en su totalidad una variedad de las características de la personalidad y de la conformación histórica de ésta última en relación a un determinado contexto ambiental, económico, político, social o cultural donde se plasma toda la vida humana.

La percepción se puede ubicar como un evento estructurado de manera sociocultural, entendida esta forma de percepción “sociocultural” como un proceso mediante el cual las personas se conocen y se evalúan entre sí y por el cual se considera la forma de cómo ocurren los hechos de su grupo social. De esta manera se puede considerar a la percepción enfocada al riesgo como un conjunto de factores ambientales, económicos, sociales, políticos, culturales y psicológicos que van a dar forma de esta percepción. La percepción se ha enfocado a examinar los juicios de los integrantes de los grupos sociales cuando se les solicita que evalúen sus actividades, condiciones del ambiente donde viven y elementos culturales.

La percepción es un proceso complejo que depende de la información que el mundo da, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; estas afectan tanto al acto perceptivo mismo, por la alteración de los sistemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

También se define como la elaboración, interpretación, análisis e integración de los estímulos captados por los sentidos. Es un proceso básico y complejo por el que somos capaces de elaborar, interpretar, analizar e integrar una sensación captada. A su vez podemos ser capaces de seleccionar solo una parte de la información.

Según Whitaker define “es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos”.

Los psicólogos suelen coincidir en considerar la percepción del ser humano como un proceso a través del cual se elabora e interpreta la información de los estímulos para organizarla y darle sentido. El acto de reconocimiento parte de una información básica.

Esta información básica es aportada por los sentidos. “...La percepción requiere interpretar las sensaciones a las que ha dado significación a partir de la experiencia...”

Luria sostiene que las percepciones, a diferencia de las sensaciones, son fruto de una compleja labor de análisis y síntesis, a la vez que destaca su carácter activo y mediatizado por los conocimientos y las experiencias del sujeto.

Mario Bunge propone que la percepción es la continuación de las sensaciones, pero en diversas áreas asociadas al sistema neuronal (áreas de asociación). Los psicólogos que estudian la percepción desde la perspectiva neuropsicológicas suelen seguir muy de cerca los planteamientos de Luria y Bunge.

Gibson afirmó que la percepción es directa e inmediata. Planteó que los estímulos son los que imponen orden a la mente. Afirmó que se pueden explicar casi todas las experiencias perceptuales a partir de la información que se encuentra en el estímulo.

La teoría ecológica sostiene que la percepción en el mundo real no

constituye un problema tan complejo. Los seres humanos somos activos en el mundo real, podemos movernos en él, ver las cosas desde diferentes ángulos. Esto nos proporciona un gran espectro de pistas. Estas pistas nos permiten percibir los objetos y el ambiente con muy poca incertidumbre.

Según la Teoría Constructivista, la percepción no viene determinada completamente por los estímulos que llegan a los sentidos; por el contrario, es una construcción activa del perceptor en la cual intervienen procesos superiores. Neisser propuso un concepto que hoy es bien reconocido por los psicólogos de la cognición: el ciclo perceptual. Este concepto incluye tres elementos: los esquemas, la exploración perceptual y los estímulos del medio ambiente. El ciclo perceptual muestra que los humanos no nos limitamos a recibir pasivamente la información; a esta información superponemos esquemas anticipatorios que nos proporcionan una especie de plan de que calculamos va a ocurrir. Este plan nos sirve de guía para elegir información del entorno. A su vez, la información que recibimos se ajusta a nuestros esquemas y los modifica, además de canalizar lo que buscaremos a continuación. Es la información que contradice o pone en tela de juicio un esquema anticipador la que atrae particularmente nuestro interés y nos hace redirigir la atención de enfermería.

Dember y Warm reconocen que existe un conjunto de estados psicológicos que influyen notoriamente sobre los procesos de la percepción. Dentro de este conjunto se mencionan los siguientes: predisposición, actitud, expectativa, significado, instrucciones, hipótesis, sintonía, emoción, etc.

Por ello en esta investigación se evaluará la satisfacción de los usuarios

externos frente a la atención de enfermería que brinda el profesional de enfermería en el servicio de Crecimiento y Desarrollo ya que se relacionan directamente los ítems de satisfacción con los quehaceres del profesional de enfermería y por ende se procederá a valorarlo de tal manera que no se requiere ningún otro instrumento adicional.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Identificación y determinación del problema.**

La atención con calidad y calidez de la enfermera en los servicios de salud es básica y fundamental, ya que de ello depende el éxito o fracaso de la recuperación del Usuario. Considerando que la calidad debe estar basada en las necesidades de los Usuarios desarrollando técnicas o indicadores para mejorarlas.

La calidad de atención es un compromiso, que requiere recurrir a todos los elementos existentes para alcanzarla. Respecto a la misma, existe la percepción de que hoy en día los Usuarios están buscando profesionales que actúen en forma humana deseando para ello enfermeras que no sólo resuelvan sus problemas de salud, sino que los escuchen y comprendan el estado actual en el que se encuentran porque no solo su salud física se ve afectada sino también su entorno afectivo.

En los establecimientos del Ministerio de Salud, como instituciones hospitalarias, Centros y Puestos de Salud; la atención de calidad se ve afectada por los recursos humanos, materiales y financieros limitados y más aún en la Red de Salud de Tarma que está circunscrita en el área urbano marginal y los usuarios en su mayoría son de bajos recursos o precaria situación económica.

Frecuentemente se ha podido observar en los Usuarios y familiares diversas reacciones como: incertidumbres, frustración, amargura, descontento, etc. porque la enfermera no los atiende en forma oportuna en su consulta, hay ausencia de respuestas puntuales a las preguntas sobre su salud, poca amabilidad, trato indiferente en la prestación de servicios.

También se pudo observar que el profesional de enfermería tiene poco acercamiento y comunicación verbal o gestual con los usuarios, limitándose a cumplir acciones interdependientes. De este modo se observa falta de identificación de la enfermera que permitan llegar a la satisfacción de las necesidades del usuario.

El Modelo de adaptación Callista Roy, en su teoría, describe el concepto de "adaptación" de una persona como un punto en constante cambio, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar propio de la persona y al que se puede responder y/o reaccionar adecuadamente, con respuestas adaptativas a problemas desencadenados por situaciones relacionadas con carencias o excesos de necesidades.

En este caso es adaptarse a diagnósticos de enfermería, relacionados con la integridad del niño, su crecimiento y desarrollo.

El niño menor de 5 años 11 meses y 29 días, tiene constantemente cambios en su crecimiento y desarrollo, para esto la familia y el personal de salud deben de contribuir a la adaptación del menor.

La calidad de la atención ha adquirido importancia en las últimas décadas en relación con el debate sobre los derechos de los pacientes y del derecho a la salud. Si bien la evaluación de esa calidad es importante para lograr resultados positivos en el estado de salud de la población, la atención de la salud implica acciones y trabajo interdisciplinario. Asimismo, los usuarios de los servicios de salud deben ser partícipes activos a la hora de establecer necesidades y de planificar las estrategias tendientes a satisfacer las demandas.

Cabe mencionar que el concepto de calidad de atención en enfermería se percibe desde muchos años atrás gracias a la pionera de esta disciplina como es Florence Nightingale, la cual dio un paso importante en relación del cuidado al paciente, orientándolo hacia una formación científica. Actualmente existen modelos de atención orientados a la relación enfermera-paciente el cual permite brindar una atención de calidad, científica y humanística.

La calidad de atención en salud es responsabilidad de las autoridades y del equipo de salud que labora en este. En tal sentido el rol de la enfermera cobra particular importancia por ser miembro



del equipo de salud que brinda atención directa y está en contacto el mayor tiempo con el paciente; de ahí que una atención interpersonal de buena calidad es necesario para lograr la satisfacción de las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes, debido a la frecuencia de interacción, lo cual da la calidad de atención como un todo incluyendo los méritos técnicos.

El concepto de cuidado de Enfermería trasciende los ámbitos físico, biológico, emocional, social y psicológico, lo cual debe resaltarse de manera constante en el cuidado brindado, de ahí que es importante el aspecto humano del paciente que permite afianzar realmente los valores de la profesión de Enfermería, compuesta no solo por conocimientos científicos sino que abarca los campos de interrelación y empatía a fin de generar una imagen distinta hoy en día.

Es por eso que se tiene la necesidad de conocer cómo percibe el usuario la calidad de atención brindada por la enfermera, siendo importante para la evaluación y mejoramiento de la atención de salud. Se debe considerar que la calidad no es un proceso positivo vertical, sino más bien un proceso dinámico ininterrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las actividades diarias y procedimientos. Dicho proceso debe ser periódicamente revisado, actualizado y difundido con la participación del personal. La enfermera debe estar comprometida con su labor como profesional actuando en forma responsable y dedicada para

garantizar la plena satisfacción del Usuario. Por lo expuesto se formula el problema a investigar.

## **1.2. Delimitación de la investigación.**

### **Delimitación del contenido.**

Como variable independiente tenemos a: Atención en el Programa CRED; y como variable dependiente tenemos a: Satisfacción del usuario.

### **Delimitación temporal.**

Por la naturaleza del estudio y diseño de investigación se realizó en el periodo de Abril a Diciembre del año 2014.

### **Delimitación espacial.**

Se analizó la satisfacción de los usuarios externos frente a la atención en el programa de CRED en la Red de salud de Tarma, quedando delimitado el espacio de análisis de la investigación.

## **1.3. Formulación del problema.**

### **1.3.1. Problema general.**

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?

### **1.3.2. Problemas específicos.**

- ¿Cuáles son las expectativas del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?

- ¿Cuál es la percepción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?

#### **1.4. Formulación de objetivos.**

##### **1.4.1. Objetivo general.**

Determinar nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014.

##### **1.4.2. Objetivos específicos.**

- Identificar las expectativas del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.
- Identificar la percepción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.

#### **1.5. Justificación de la investigación.**

Este proyecto de investigación se realizó para conocer el nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma. Y mediante los resultados obtenidos en esta investigación se brindarán datos actualizados, confiables y verídicos, que permitan evaluar la calidad de atención en el programa de CRED a fin de poder captar algunos aspectos que requieran ser modificados y/o reforzados mediante estrategias dentro de los establecimientos de la Red de Salud, y contribuir al

fortalecimiento e identificación de la enfermera con la profesión, teniendo en cuenta los aspectos humanísticos y profesionales, los cuales permitirán fortalecer las relaciones interpersonales enfermera-usuario brindando de manera permanente una atención de calidad.

#### **1.6. LIMITACIONES.**

Para ejecutar el estudio de investigación se ha previsto las estrategias necesarias y no hubo limitaciones.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de estudio.**

**Guerrero y Román de C. (2010)**, realizaron en Mérida, un estudio Ex-post-facto correlacional sobre la satisfacción del Usuario pos operado y el cuidado de Enfermería recibido, los resultados obtenidos confirmaron la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio. Igualmente hubo inexistencia de una relación estadística entre los factores, observación y movilización; orientación e higiene y confort, interacción enfermera Usuario y movilización, interacción Usuario e higiene y confort.

**Remuzgo Antezana Anika**, 2008. Cuyo título es “Nivel de Satisfacción del Usuario Adulto Mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de geriatría del Hospital

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen". De los resultados se llegó a las siguientes conclusiones: El nivel de satisfacción del Usuario adulto mayor es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, siendo más bajo la dimensión calidez respecto a la dimensión calidad. La calidad de los cuidados recibidos por el Usuario adulto mayor de la enfermera en el servicio de geriatría se caracterizó por ser de un nivel de satisfacción medio con tendencia hacia un nivel de satisfacción bajo. La calidez de los cuidados recibidos por el Usuario adulto mayor de la enfermera se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción medio con tendencia a un nivel de satisfacción bajo reflejado en la alteración del fortalecimiento de la autoestima y escaso interés por sus necesidades afectivas.

En la dimensión de calidad respecto al indicador cuidados oportunos, se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la información sobre las normas hospitalarias cuando ingresó el Usuario al servicio y satisfacción media respecto a la atención inmediata cuando el Usuario lo solicita y la ayuda para expresar sus problemas psicosociales.

En la dimensión calidad respecto al indicador cuidados continuos se caracteriza como satisfacción baja en cuanto a la educación sobre la repercusión de la enfermedad en sus actividades diarias, y siendo aún más baja la satisfacción relacionado a la orientación sobre el

tiempo de trabajo de las enfermeras(os) en el servicio.

En la dimensión calidad respecto al indicador cuidado libre de riesgo se caracteriza como satisfacción baja sobre la información de los beneficios e importancia de su tratamiento del Usuario siendo más baja la satisfacción sobre la explicación previa al alta del Usuario adulto mayor para el autocuidado en el hogar y como satisfacción media en cuanto a la motivación para la participación en sus cuidados durante su hospitalización. (3)

**Muñoz A.** 2010. cuyo título es: "Evaluación de la Calidad de Atención expresada por el Usuario en el Servicio de Emergencia en el Hospital Regional "Honorio Delgado", donde concluye que la calidad de atención expresada por el Usuario en el servicio es variable, siendo el tiempo de espera para ser atendido muy prolongado; el 45.6% refieren esperar más de 15 minutos y en su mayoría no se le explicó el motivo de la demora, el 33.1% de 11 a 15 minutos; considerando la particularidad del servicio, la cual determinará una mala calidad de atención. La orientación en su mayoría es información verbal en un 50.9%, el 33.7%, menciona alguna dificultad en la orientación, siendo la queja más frecuente la indiferencia del personal para responder y el 15.4% se orienta a través de carteles o letreros. Todas estas dificultades representan un prolongamiento en el proceso de atención, considerado como un indicador de mala calidad de atención. (4)

**Carranza Quispe Fernando y otros autores,** 2009. Cuyo título es:

“Satisfacción de los Usuarios de los Hospitales del Ministerio de Salud de la Provincia de Ica 2009”. La presente investigación tuvo por objeto evaluar la calidad (satisfacción de las necesidades explícitas e implícitas) de la atención de los hospitales Santa María del Socorro y Hospital de Apoyo Departamental, ambos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Ica, desde la perspectiva del usuario.

El objetivo es identificar aquellos aspectos relacionados con la oportunidad, valor y atención de un servicio que no alcancen un mínimo de calidad y registrados para que los directivos de ambos establecimientos asignen un responsable para su solución y lleven a cabo un seguimiento adecuado.

De la evaluación de los elementos relacionados con la oportunidad, valor y atención del servicio encontrados que los principales problemas de calidad de los hospitales del MINSA de la provincia de Ica son: grado de satisfacción del usuario (16.20% se consideraron muy satisfechos); los ambientes de espera no son los más adecuados, el 61% considera que son inadecuados. El tiempo de atención fue de menos de 10 minutos en el 47.96% de los entrevistados, lo que está muy debajo de las normas establecidas a nivel nacional, el trato del personal fue otro factor negativo en la evaluación, pues 13.77% opinó que era malo o muy malo, el tiempo de espera que en porcentaje de 67.30 fue más de una hora, es otro de los aspectos que deben ser rápidamente corregidos lo mismo que



la limpieza de los servicios (48.74% opina que es regular a muy malo). (5)

## **2.2. Bases teóricas.**

**Teorías de calidad.** (James, 1997)

### **a. JURAN.**

Este autor define a la calidad como adecuación para el uso. Juran considera que la opinión del usuario es la que indica que la calidad está en el uso real del producto o servicio. Juran aplicó a la calidad dos significados diferentes: característica y ausencia de defectos. Manejar con eficacia estos tipos de calidad significa utilizar lo que ahora parece un concepto muy antiguo de su trilogía de la calidad (Juran, 1986). Este concepto aparece en la figura que se encuentra bajo estas líneas e indica la conexión entre planificación, control y mejora de la calidad.

Cuando se utiliza esta definición, sólo el cliente puede determinar la calidad del producto o servicio. En consecuencia, a los fabricantes no les gusta utilizarlas, y prefieren una conformidad más controlada con las especificaciones, adecuada para el uso de valor utilitario que varía de un cliente a otro.

De acuerdo a Juran (1974), este concepto está basado en las cinco características siguientes:

1. Tecnológicas
2. Psicológicas
3. Temporal

#### 4. Contractual

#### 5. Ética

La calidad de un producto fabricado se puede definir, principalmente, por sus características tecnológicas y temporales (fuerza y fiabilidad, por ejemplo), mientras que un servicio puede incluir todas las mencionadas anteriormente. Esto es un ejemplo de por qué ha sido difícil aplicar los programas en empresas de servicios. Más aún, Juran determinó que la adecuación para el uso puede ser desglosada en cuatro elementos: calidad de diseño, control de calidad, disponibilidad y servicio de post-venta, como se muestra a continuación:

Juran también contempló el concepto del cliente interno, relacionado con una organización de más de una persona. Los clientes internos eran individuos que provenían de procesos descendentes. Esto significa que el concepto podía ser aplicado al producto físico o sólo al flujo de información. Cada cliente ascendente tenía especificaciones que debían ser cumplidas por suministradores descendentes y todos estos clientes internos trabajan para satisfacer clientes externos. El análisis de proceso ayudaría, por tanto, a satisfacer a estos últimos.

La metáfora de la máquina, de Morgan (1986), no quedaría fuera de lugar en este concepto ya que aplicada a una organización, significaría que las personas tienden a representar roles: cliente, proceso y proveedor. Oakland (1989) llamó a esto la cadena del

cliente interno.

**b. DEMING.**

A Deming se le recuerda por sus catorce puntos, el ciclo de Deming, y sus enfermedades mortales. Antes que muchos otros él tuvo un gran aprecio por las estadísticas. En los años 50, Deming enseñó el control estadístico japonés de proceso. En reconocimiento por su oportuna intervención y contribución a la industria japonesa, el Sindicato de la Ciencia y la Ingeniería Japonesa instaura el premio Deming. En 1980, la sección metropolitana de la Sociedad Americana de Control de Calidad estableció la medalla Deming, para ser otorgada por los logros obtenidos en técnicas estadísticas para la mejora de la calidad.

Los catorce puntos de Deming son:

1. Constancia y consistencia de objetivos.
2. Adoptar la nueva filosofía.
3. Eliminar la dependencia de la inspección en masa
4. Acabar con la práctica de conceder un contrato solo por su precio.
5. Mejorar constantemente el sistema de producción y servicio.
6. Instruir la formación y reformar la acción
7. Instruir el liderazgo.
8. Erradicar el medio.
9. Derribar las barreras entre las áreas del personal.
10. Eliminar lemas, exhortaciones y objetivos.

11. Eliminar cuotas numéricas.
12. Eliminar barreras para dignificar la fabricación.
13. Instituir un programa de educación y re-entrenamiento.
14. Actuar para lograr la transformación.

Esto significa que la dirección debe planificar para hoy y para mañana y debe ofrecer un esfuerzo coordinado y organizado para alcanzar las metas establecidas para el futuro. También significa librarse de los plazos cortos y utilizar eficazmente la planificación de la calidad. El plan a largo plazo, cuando se usa como pretexto para generar rápidas devoluciones, provoca que la organización tropiece y falle; los esfuerzos no serán eficaces y se perderán las ganancias. La organización orientada hacia la calidad querrá sin duda asegurar su futuro y respetará el hecho de que el desarrollo de la calidad es un proceso a largo plazo. Deming sugiere que la constancia de objetivos significa innovación, investigación y educación, una continua mejora del producto y del servicio, y el mantenimiento del equipo y la planta (Walton, 1986).

- **Falta de constancia en el objetivo.** Esto refleja brevedad de los plazos y Deming lo ve como un error de gestión, asesorada muy de cerca por contables y financieros. También la inconsistencia con una política de calidad y la implementación del plan.
- **Énfasis en los beneficios a corto plazo.** Esto se relaciona con el punto anterior. La brevedad en los plazos también tiene que ver con la extracción de fondos para ser reinvertidos en la gente

que importa en una organización, los trabajadores. Es probable que las empresas públicas tengan que equilibrar los beneficios de los accionistas, asumir las ofertas, la mano de obra y los clientes. Suelen ganar los primeros, en detrimento de toda la organización y, al final el cliente.

- **Evaluación de la actuación o revisión anual.** El uso de técnicas de gestión tales como la gestión según objetivos, provoca una planificación a corto plazo y miedo cuando se negocian requisitos de actuación en el trabajo. Crean conflicto entre los miembros de los equipos apoyando actuaciones mediocres en grupos, en vez de apoyar actuaciones que reflejan la capacidad de cada individuo. La competitividad abunda. Ser un mal negociador no significa ser un mal trabajador, pero debido a las relaciones de poder entre supervisores y trabajadores, los últimos son penalizados.
- **Movilidad de la Alta Dirección.** Deming pensó que demasiados altos ejecutivos estaban puestos temporalmente, de 2 a 3 años, poco tiempo para evaluar su credibilidad en la eficacia de la gestión. La movilidad puede estar bien para los directores, pero no ofrece consistencia a la retórica de la alta dirección. El movimiento de los altos ejecutivos y los trabajadores es visto como una reflexión sobre los problemas subyacentes de insatisfacción en el trabajo. No parece que los directores se den suficiente tiempo para aprender los problemas reales del trabajo

antes de cambiarse.

- **Dirigir una compañía sólo por las cifras.** Medir el lado objetivo de una organización es, hoy en día, una tarea relativamente simple. Son las cifras desconocidas las que crean problemas.  
¿Cómo se mide un cliente insatisfecho y su potencial sobre las ventas?

- **Deming considera que los costos médicos y legales son excesivamente altos.**

Algunos de los obstáculos que sugiere Deming que no ayudan a desarrollar una eficaz gestión de calidad incluyen:

- Nuestros problemas son diferentes.
- Dependencia de los departamentos de control de calidad.
- Calidad por la inspección.
- Culpar a los trabajadores.
- Comprobación inadecuada de los prototipos.

Deming ha intentado revisar su filosofía sobre la gestión de la calidad y lo describe como:

- Apreciación por un sistema. Esto significa que todos necesitan entender las partes que constituyen el sistema en el que trabajan y las varias interrelaciones que existen; un fallo en una parte del sistema afecta el éxito en otra parte de mismo.
- Conocimiento de la teoría estadística. Deming exige que todo el personal esté familiarizado con los métodos estadísticos

generales y los aplique con eficacia.

- Teoría del conocimiento. Tiene que ver con la eficacia de la planificación y la aplicación de esos planes, para determinar lo que funciona y lo que no.
- Conocimientos de psicología. El desarrollo de la calidad requiere cambios de actitud en las personas, en los valores y los comportamientos. En consecuencia, directores y trabajadores por igual necesitan comprender qué impulsa a la gente y cómo estos impulsos pueden ser aprovechados para el desarrollo continuo de la gestión de calidad.

**c. GARVIN.**

Garvin es profesor de la Escuela de Negocios de Harvard. Ha desarrollado muchas contribuciones que han tenido una gran influencia en la teoría de la gestión de calidad. Desarrolló lo que se conoce como las ocho dimensiones de la calidad. Estas dimensiones son: actuación, características, conformidad, fiabilidad, durabilidad, utilidad, estética y calidad percibida.

Se entiende que indican la amplitud que ha llegado a abarcar la calidad y sugieren, en este contexto, que se requieren múltiples dimensiones para obtener de la calidad hasta los significados más fundamentales.

Garvin también introdujo la noción de las cinco bases de la calidad:

- Trascendencia
- Producto

- Usuario
- Fabricación
- Valor

#### **d. CROSBY**

El lema de Crosby es "conformidad con las necesidades y la Calidad es libre".

Crosby desarrolló lo que él llamó los cinco absolutos de la calidad.

Éstos son:

- Conformidad con las necesidades. La idea de fondo es que una vez que se hayan determinado las necesidades, el proceso de producción mostrará, calidad si el producto o servicio resultantes del proceso está de acuerdo con esas necesidades.
- No existe otra cosa como un problema de calidad.
- No existe otra cosa como la economía de la calidad; es siempre más barato hacer bien el trabajo la primera vez.
- La única medida de actuación es el coste de la calidad.
- La única actuación estándar es la de cero defectos.

La filosofía fundamental de fondo de estos absolutos es una mentalidad de conformidad, y queda interrumpida si el diseño del producto o servicio es incorrecto o no sirve con eficacia las necesidades cliente. Ya que el lenguaje de la dirección es sobre todo el dinero, tiene sentido poner los de no conformidad en estos términos. Ilustra claramente el efecto de la no conformidad y enfoca la atención en temas de prevención.



Ésta es la tesis básica de Crosby detrás del lema de la calidad es libre.

El plan de calidad de catorce puntos de Crosby, trata sobre todo temas de aplicación. Los catorce pasos de Crosby son:

- **Compromiso de la dirección.** Fija que la postura de la dirección sobre la calidad y el desarrollo de una política de calidad podrían hacer que la dirección se la tomase en serio.
- **Equipo de mejora de Calidad.** Crosby sugiere que todos los miembros, excepto el presidente, lo sean a tiempo parcial, debido al compromiso horario. Se podría decir que el equipo de mejoramiento de la calidad (EMC), como el resto de la organización, está mentalmente armonizado con la calidad las 24 horas del día. También indica que las responsabilidades de los miembros del equipo, que incluyen: a. Desarrollar y accionar los programas de mejora de la calidad. b. Representar enteramente sus departamentos en el equipo. c. Coordinar y ejecutar las decisiones sobre la calidad, tomadas por el equipo que afecten a sus departamentos. d. Contribuir creativamente al programa de calidad.
- **Medida de la calidad.** De acuerdo con Crosby eso significa generar datos sobre disconformidades corrientes y potenciales, y desarrollar las acciones correctoras adecuadas. Los datos de medición deben ser corrientes y preferiblemente on line. El uso de la mayoría de la información actualizada asegurará

decisiones efectivas sobre la calidad. Para salvar los rechazos de los diferentes procesos, fabricación o servicios, Crosby sugiere tres cosas: reconocimiento de los problemas, medición del estado actual y desarrollo de un programa de calidad para reducir los rechazos.

- **El coste de la Calidad.** Crosby indica que el coste de la calidad incluye chatarra, repetir un trabajo, garantía, labores de inspección, y control de calidad, diseño y/o cambios en la ingeniería, y auditorías. Sugiere que el coste de la calidad es "un catalizador que brinda al equipo de mejora de la calidad una conciencia plena de lo que está ocurriendo" (Crosby, 1979).
- **Conciencia de la calidad.** Ofrecer el tipo de apoyo necesario para aumentar el nivel de preocupación e interés por la calidad en todo el personal para que comprenda, reconozca y apoye las razones de un programa de calidad. Crosby afirma que es necesario llevar la conciencia para elevar, para conformar con las necesidades del proceso para su aceptación y prepararlos para un programa cero defectos. El programa de concienciación consiste en dos importantes actividades: reuniones regulares orientadas a la calidad y la comunicación sobre el progreso y extensión del programa e iniciativas relacionadas. La conciencia de la calidad debe tender a ser baja de tono pero con una constante atención.
- **Acción correctora.** Crosby afirma que existe la necesidad de

desarrollar métodos sistemáticos para resolver los problemas antes expuestos. Esto, sugiere él, debe ser llevado a cabo a través de cuatro niveles de constante actividad: reuniones diarias, semanales y mensuales y equipos encargados que trabajen y se reúnan diariamente hasta que el problema esté resuelto.

- **Planificación Cero Defectos (CD).** Para Crosby (1979) los puntos principales de la planeación CD son:
  - Desarrollar y accionar los programas de mejora de la calidad.
  - Representar enteramente sus departamentos en el equipo.
  - Coordinar y ejecutar las decisiones sobre la calidad, tomadas por el equipo que afecten a sus departamentos.
  - Contribuir creativamente al programa de calidad.
  - Formación del supervisor. Crosby sugiere que es necesario para poder asegurar que los supervisores son capaces de llevar a cabo las tareas y responsabilidades del programa de mejora de calidad. Indica que la formación del supervisor está dividida en tres partes:
    - Formación del supervisor que cubra las técnicas de medición de la calidad, coste de las implicaciones de la calidad, métodos de acciones correctivas y la acción concientizadora de la calidad.
    - Resumen del programa cero defectos.

- Hacerlo otra vez.
- **El día CD.** Significa hacer en un día determinado, una conexión visible entre la retórica de la calidad y las promesas hechas los meses pasados y el futuro compromiso y comprensión de todos los involucrados, desde ese momento en adelante. El punto esencial es que la dirección se comprometa públicamente con la calidad y que los trabajadores lo hagan también.
- **Establecer un objetivo.** Es una necesidad que crea motivación y el impulso para triunfar, pero necesita todo el apoyo de la dirección para desarrollar el sistema adecuado para que la calidad y los objetivos encuentren de una forma eficaz.
- **Eliminación de la causa del terror.** Éste es un método sistemático de asegurar que el empleado puede comunicar a la dirección los problemas de calidad que les afectan cuando hacen su trabajo. Crosby anota que cada una de las respuestas debe tomarse con seriedad. Los problemas pueden ser muy simples o muy complejos; pero ambos tipos necesitan el compromiso de la dirección.
- **Reconocimiento.** De acuerdo con Crosby, la gente no sólo trabaja por dinero. En consecuencia, Crosby determina que en el entorno de la calidad, existen otras formas más apropiadas de reconocimiento.
- **Consejo de la Calidad.** Crosby dice que sirven para "reunir regularmente a los profesionales de la calidad para una

comunicación planificada". Esto está muy bien si por profesionales de la calidad se refiere a toda la gente que trabaja para la calidad, pero si se refiere solamente a individuos formados profesionalmente, entonces es engañoso. El consejo de la calidad es una parte muy importante del desarrollo de la calidad en una organización y debe contener una balanza de profesionales y personas trabajando en el corazón de la calidad: la planta.

- **Repítalo.** Enfatiza que la calidad es una mejora continua. Estos peldaños no son realmente tales en el sentido de moverse de uno a otro. Deben usarse como guía para ayudar al desarrollo de un programa sobre calidad.
- La aproximación de Crosby es, por lo tanto, una gestión de calidad de arriba hacia abajo, con educación en calidad para todo el personal, con independencia de su posición en su compañía.

**e. ISHIKAWA.**

Ishikawa fue conocido por su contribución a la gestión de la calidad a través del control estadístico. Su desarrollo del diagrama de Ishikawa (de espina de pescado) y el empleo de las siete antiguas herramientas de la calidad, proporcionaron las capacidades básicas para el uso de las técnicas de resolución de problemas.

Ishikawa desarrolló una simple clasificación de Herramientas Estadísticas de la calidad, de naturaleza jerárquica, en el sentido de

que requieren un experto en estadística para su aplicación. Esto es:

1. De las siete herramientas, las primeras pueden ser aprendidas y aplicadas por cada persona de la organización. Esto significa que el personal de planta tendría la capacidad estadística para evaluar los problemas de la calidad. Estas herramientas son:
  - Diagrama causa-efecto.
  - Análisis de Pareto.
  - Estratificación.
  - Histogramas.
  - Gráficos de control de proceso.
  - Diagramas de dispersión.
  - Hojas de recogida de datos.
2. Las siguientes son herramientas que pueden ser utilizadas por los directores y especialistas en calidad. Incluyen la comprobación de hipótesis, los muestreos, etc.
3. El último grupo se puede usar solamente para resolver problemas estadísticos avanzados y deben hacerlos especialistas en calidad y consultores. Incluye el diseño de experimentos (Métodos Taguchi) y técnicas de investigación operativa. Éstas son altamente matemáticas y hay poca gente que tenga la preparación necesaria para saber aplicarlas y por ello su limitado uso en las organizaciones.

Ishikawa, más orientado a las personas que a las estadísticas, tuvo como principal objeto involucrar a todos en el desarrollo de la calidad

y no sólo a la dirección. El núcleo de sus contribuciones fue la atención prestada a la resolución de problemas, por lo tanto, no se puede enfatizar en exceso la importancia concedida a las herramientas de la calidad. Aún así, la dependencia de Ishikawa de generar datos de procesos y el uso de simples técnicas estadísticas demuestran su método con los pies en el suelo.

Ishikawa creyó que la falta de atención que en occidente se daba para la contribución que cada uno pueda hacer a la calidad, provocaba que en una organización el interés por ella por parte de los directivos occidentales fuera bastante menos impactante de lo que debiera haber sido. Esto significa la negación de los trabajadores de base y sigue siendo así en muchas organizaciones, en la contribución a la calidad. La insistencia de los japoneses por el trabajo en equipo y que todo el personal es "igual" en las bases de contribución a la calidad, ilustra la gran distancia que existe entre las prácticas de la calidad de una direcciones y otras.

Ishikawa insistió en la idea de que las quejas de los clientes eran oportunidades y nunca debían ser desperdiciadas, y representaban una ocasión para reajustar la calidad. Procurar las quejas de los clientes, aunque controvertido en aquel entonces (hace más de veinte años) es algo que debe ser estimulado para que la organización se desarrolle en la dirección correcta, para satisfacer a los clientes y quizás, llegar a deleitarles.

En 1950, después de las visitas de Juran y Deming a Japón existía

una tendencia de las organizaciones a las contribuciones de Ishikawa en forma de control de la calidad. Esto enfatizó aún más el parecer de Ishikawa; el que se formara a toda la organización en técnicas estadísticas desde la alta dirección hasta los trabajadores de planta. La participación de toda la compañía indicaba que toda la dirección estaba comprometida con la gestión de la calidad y que la contribución de todos para resolver los problemas, grandes o pequeños era significativa.

Ishikawa es conocido como el padre de los Círculos de Calidad, que desperdiciaron (en occidente) muchos grupos de personas organizadas en relevantes grupos de trabajo que resolvían problemas relacionados con la calidad. Éstos son los principales grupos que utilizan las siete viejas herramientas de la calidad, los círculos de la calidad se desarrollaron como consecuencia de la aplicación global en una compañía de las medidas de control de calidad. Eran, en efecto pequeñas unidades de trabajo donde cada uno podía ser el trabajo potenciando así las múltiples habilidades.

#### **f. FEIGENBAUM.**

Feigenbaum es un ingeniero, conocido por su trabajo en control de calidad. En los años 50, definió la calidad total como "un eficaz sistema de integrar el desarrollo de la calidad, su mantenimiento y los esfuerzos de los diferentes grupos en una organización para mejorarla, así permitir que la producción y los servicios se realicen en los niveles más económicos que permitan la satisfacción de un



cliente" (Feigenbaum 1991).

Feigenbaum originó el ciclo industrial, el desarrollo de un producto desde el concepto hasta su salida al mercado y más allá. Este ciclo incluía marketing, diseño, producción, instalación y elementos de servicio, ahora consideramos elementos esenciales de la gestión de calidad en una organización.

Su visión de calidad total no se hacía extensiva a la aplicación de responsabilidad de mejorar la calidad a los empleados de una organización, esta ideología choca fuertemente con la filosofía de gestión de calidad total. Aún así, su punto de vista es una gran contribución al pensamiento sobre la gestión de la calidad. En el centro del tema sobre la gestión de la calidad está el uso de profesionales de la calidad como coordinadores y partidarios del proceso de gestión de calidad total. El enfoque de la calidad total está basado en la noción de coste total y en que la gestión, en forma de calidad, resultaría en costes más bajos para la organización y, por tanto, para el cliente.

Feigenbaum también introdujo el concepto de la planta oculta. Esto trajo la idea de que los rechazos disminuían la capacidad real de una planta debido a la repetición de trabajos y de no hacerlo bien desde el principio. Hoy en día, cifras en el área de un 20%, significa que los clientes podrían obtener los productos hasta un 20% menos, lo que efectivamente asegura un mayor mercado de distribución y un aumento en la línea de fondo.

#### **g. TAGUCHI.**

La principal contribución de Taguchi se refiere a la eficacia de la calidad de diseño. Esencialmente, sus métodos están enfocados al cálculo de los costes ocasionados por no satisfacer el valor del objeto especificado. Esto choca con las prácticas tradicionales de gestión de la calidad, las cuales hacen que un producto sea aceptable mientras satisfaga los límites de la especificación dada. Debido a su desacuerdo sobre este punto de vista, Taguchi desarrolló la función de pérdida, donde calcula la reducción de la utilidad, como la distancia del valor desde el objetivo al producto o características de un proceso resultado, (que es la pérdida para la sociedad en términos de coste). La función de pérdida se aproxima al cuadrado de la distancia desde el valor del objetivo.

Taguchi cree que el diseño de un producto y del proceso de producción para alcanzar un objetivo de valor, haciéndolo fuerte a las variaciones del proceso. Para poder aplicar su idea en esta área, Taguchi usa el parámetro de diseño y técnicas de control de experimentos. En este caso, Taguchi favorece positivamente la práctica más proactiva del control de calidad fuera de línea a través de un diseño y un desarrollo eficaces.

Sugiere que el tiempo y el esfuerzo empleados en diseñar y planificar, ahorrará en el futuro más esfuerzos, tiempo y costes durante el control de calidad on line. Sugiere que el producto acabado de diseño más eficaz resulta de la consideración de tres

fases:

Fase I: .Diseño de sistemas.

Fase II. Parámetro y diseño robusto.

Fase III: Diseño de la tolerancia.

No profundizaremos en el desarrollo de estas fases por ser un contenido amplio.

## **2.3. Definiciones conceptuales**

### **1. Aspectos conceptuales sobre calidad.**

Desde los inicios de la civilización; tal como se conoce hoy en día, diversas personas empezaron a producir bienes y servicios para otros.

Es en estas circunstancias que empiezan a surgir el interés de la calidad. En épocas remotas, las relaciones entre Usuarios y el proveedor era bastante sencilla, usualmente de uno a uno. La calidad del producto de un carpintero, agricultor o herrero radicaban en el control absoluto sobre el mismo y la retroinformación referente a la calidad o falta de calidad de su producto era inmediato y directo.

En la edad media los gremios laborales insistían largos períodos de capacitación para aprendices y requerían a aquellos que buscaban convertirse en maestros artesanos ofrecer evidencia de su habilidad. <sup>(6)</sup>

En la era pre-industrial (siglo XIII los artesanos demostraron un amplio conocimiento de la calidad, para ellos era

importante, el contacto permanente y directo con el Usuario, el proceso, el conocimiento, la capacitación, el orgullo por el trabajo y la satisfacción del usuario. Sin embargo, es hasta el siglo XX, cuando la calidad adquiere una gran importancia debido a la competencia entre las empresas. (7)

El enfoque moderno de calidad comienza con el desarrollo del control estadístico de la calidad. La fecha oficial del inicio de la calidad total es el 16 de marzo de 1924 y empezó en Estados Unidos de América, con el eminente científico Walter A. Shehwart contratado por la Bell Telephone Laboratorios, Western Electric, quien envía a su jefe un memorando de una página en la que incluye el dibujo de lo que puede haber sido la primera gráfica de control y sugería en él una forma de usar las estadísticas para mejorar la calidad en los teléfonos que estaba creciendo significativamente y las personas exigían teléfonos confiables (que todos los teléfonos funcionaron con igual eficiencia) ya que los problemas técnicos eran serios. Luego unos años la Western Electric publica un manual referente a métodos de control de calidad que se convierte en una "Biblia industrial".

Deming entabla amistad con Walter Shewhart alrededor de 1938. A partir de ese año decide dedicarse a la calidad total. Así, pues, el trabajo del Dr. Shewhart, sobre el control estadístico de los profesores, y el refinamiento de los mismos

por su discípulo el Dr. W. Edwards Deming, inician el movimiento de la calidad tal como se conoce actualmente. (6)

Pero es a partir de la segunda guerra mundial cuando los japoneses lo desarrollan para alcanzar sus objetivos comerciales utilizando la experiencia de otros países y adecuándola a su realidad específica. (7)

### **Definiciones de Calidad.**

Etimológicamente el término de calidad proviene del latín “qualitas” que significa propiedad inherente a una cosa. (8)

La Organización Internacional de Estándares, sostiene que la calidad es definida como: la totalidad de partes y características de un producto o servicio que influye en su habilidad de satisfacer necesidades declaradas o implícitas.

(8)

Para el autor del libro “La Calidad del Servicio” Jacques Horovitz la calidad es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su usuario la clave. (7)

La Organización Mundial de la Salud define calidad como:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de recursos
- Un mínimo de riesgos para el Usuario.
- Un alto grado de satisfacción por parte del Usuario.
- Impacto final en la salud.

**Calidad** “es satisfacer o superar las expectativas de los

Usuarios de manera congruente” (7)

**Para Deming** “Calidad es superar las necesidades y expectativas del consumidor a lo largo de la vida del producto”. (8)

**Joseph Juran** opina que “la calidad es adecuación al uso y cumplimiento de requisitos”. (9)

**Para James y Stonner** “Calidad es el nivel de excelencia que una empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su Usuario. Representa al mismo tiempo, la medida en que se logra dicha calidad. La calidad ayuda a los Usuarios a lograr resultados óptimos de salud en un ambiente de excelente servicio. Cuando sobresalimos en satisfacer y superar las expectativas de nuestros Usuarios, ellos difunden los elogios. Los Usuarios valoran la calidad y buscan el proveedor que no solo satisfaga sus necesidades sino que las supere”. (10)

**Para el Dr. Julio Colter**, calidad en su definición más simple “es la satisfacción del Usuario” y algo aún más “calidad es la satisfacción del Usuario más allá de sus expectativas”. (8)

**Para Philip Crosby**, quien creó el movimiento de “cero defectos” y popularizó el concepto “hazlo bien la primera vez”, definió calidad como el cumplimiento de los requisitos del usuario o Usuario, expresa también que, la administración de la calidad es una forma sistemática de garantizar que las actividades se llevan a cabo en la forma que fueron

concebidas, por lo tanto, es una disciplina general que se encarga de prevenir los problemas antes de que éstos ocurran a través de la creación de actitudes y controles”.<sup>(8)</sup>

Para el autor del libro “Administración y Calidad”.

**Cuauhtémoc Anda** “Calidad es la propiedad de un producto y para mejorarla se requiere del compromiso y responsabilidad de todos los miembros de una organización.

La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permiten un juicio de valor acerca de él. En este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto”. <sup>(11)</sup>

**Cornejo y Rosado** señala calidad es “satisfacer plenamente las necesidades del Usuario en cualquier organización, nuestro producto o servicio debe cumplir cabalmente con lo ofrecido. <sup>(6)</sup>

Calidad es adecuar al uso. <sup>(12)</sup>

Calidad es el grado en que satisfacemos las expectativas de los Usuarios. <sup>(12)</sup>

Calidad Total “es un sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del Usuario que abarca a todos los gerentes, empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización.”<sup>(7)</sup>

**Calidad Total según señala Cornejo y Rosado**, en su libro Excelencia la nueva competencia:

Calidad es “satisfacer plenamente las necesidades del Usuario”.

Calidad es “cumplir las expectativas del Usuario y algo más”.

Calidad es “despertar nuevas necesidades del Usuario”.

Calidad es “lograr productos y servicios con cero defectos”.

Calidad es “hacer bien las cosas desde la primera vez”

Calidad es “diseñar, producir y entregar un producto o servicio de satisfacción total”. (13)

- Calidad total citado por el Centro Empresarial Latino Americano

(CELA) 2005 “es satisfacer o superar las expectativas de los Usuarios al menor costo”. (9)

### **Calidad de Atención en los Servicios.**

Para Susan y Mc Gorry (Profesor Asistente de la Universidad de Center Valley USA) “la calidad de un servicio es diferente a la calidad de un producto en que los servicios son intangibles, un consumidor no puede verlos o tocarlos. Por consiguiente, es muy difícil para una organización determinar agudamente que características o rasgos de su calidad en el servicio son más importantes para los Usuarios y cómo la organización está cumpliendo con las demandas de las mismas de calidad en el servicio. En la última década muchos investigadores han intentado cuantificar la calidad del servicio para proporcionar referencias a las organizaciones y



consumidores que pueden ayudar a ambas partes a entender mejor las expectativas y percepciones con respecto a calidad de servicio.

**Calidad de Servicio** como señala CELA en el módulo II lograr una definición concluyente de un servicio de calidad es difícil, existen demasiados matices que intervienen en dicho concepto; también son múltiples los enfoques y puntos de vista que han sido analizados.

Sin embargo, existen fundamentalmente, dos formas básicas de concebir la calidad.<sup>(9)</sup>

**Desde la óptica de la entidad**, que se traduce en que un servicio de calidad es aquel que responde a las especificaciones con que ha sido diseñada su prestación, es decir, que no se han cometido errores respecto al proceso inicialmente establecido para la prestación del servicio.<sup>(9)</sup>

**Desde la óptica del Usuario**. Que se traduce en considerar que el único juez válido para certificar la calidad de un servicio es el Usuario que lo recibe. El punto de vista se centra en este segundo punto; por eso la definición de calidad de servicio que enuncia es que “calidad es igual a satisfacción total de los Usuarios” es decir satisfacer y exceder las expectativas del Usuario. En otras palabras, un servicio excelente es aquel que es capaz de satisfacer todas las necesidades, deseos y expectativas de los Usuarios; cualquier otra forma de concebir

la calidad de un servicio se alejaría del objetivo fundamental de todo servicio. “Ser aceptado, preferido y compartido por los Usuarios”. (9)

**Calidad de servicio** como cita el programa de salud materno perinatal (MINSA – Proyecto 2000) “Las primeras publicaciones sobre la calidad se dieron en el ámbito empresarial. Las organizaciones de salud, atentas a este desarrollo han adaptado esos estudios a sus propios requerimientos y particularidades. Existen tres aspectos fundamentales que caracterizan los servicios. (14)

En primer lugar, los servicios son básicamente intangibles porque son acciones, condiciones, procedimientos, relaciones y no objetos.

Característica que hace difícil establecer especificaciones estrictas para identificar, cuantificar, y estandarizar los niveles de la calidad.

Segundo, los servicios en los que hay un alto componente de participación humana tienden por lo general a ser heterogéneos: las relaciones y condiciones de prestación varían de un servicio a otro, de una región a otra, de un proveedor a otro y de un tipo de usuario a otro.

Tercero, en muchos servicios los procesos de producción y consumo se dan al mismo tiempo. Esto quiere decir que la calidad de servicio se percibe durante su entrega o prestación

y depende de la relación que ha establecido el proveedor a la usuaria. (14)

**Calidad de Atención de Salud:** “es definida como el conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto para los proveedores como por los usuarios”.

La propuesta por Donabedian ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención de salud.

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

En resumen la calidad se puede describir en términos de efectividad, eficiencia y eficacia es así que la calidad existe en el grado en el que el servicio sea eficiente, (bien desempeñado) efectivo (impactante apropiado) y eficaz (adecuado) aquel que logra realmente satisfacer al Usuario. Asimismo, la calidad se describe como consistente entre dos partes interdependientes calidad de hecho y calidad en percepción; la calidad de hecho es conforme a los estándares

y la satisfacción de las expectativas propias y la calidad de percepción es satisfacer las expectativas del consumidor. La administración total de la calidad (ATC) a veces denominada proceso de calidad total, es una manera de asegurar la satisfacción del consumidor mediante la intervención de todos los empleados en la mejora de la calidad para cada producto o servicio donde todos los sistemas y procesos se evalúan y mejoran, se dirige a la reducción del desperdicio y el costo de la calidad deficiente y se define como un sistema estructurado para hacer participar a una organización entera en un proceso de mejora continua dirigida a satisfacer y superar las expectativas del consumidor.

### **Calidad Interna y Externa.**

Calidad Interna (llamada también calidad técnica) y que, también debe ser tomada en consideración en los servicios. En los productos, por ejemplo, de consumo masivo, los consumidores evalúan fundamentalmente los aspectos funcionales de los productos, sus prestaciones físicas y tangibles, en otras palabras, lo que hacen los productos. (9) En teoría, una entidad de consumo masivo puede llegar a conocer con precisión las necesidades o deseos de los consumidores, diseñar un producto que responda a las mismas y luego, adecuar con exactitud sus procesos de producción, para que cumplan con esas especificaciones; de

esa forma las entidades que elaboran productos de consumo masivo.

Pueden controlar por anticipado, la calidad de sus productos.

Lo mismo sucede en lo que respecta a la calidad interna, en una entidad que elabora productos que vende a otras entidades (maquinarias, materias primas, equipos, etc.).<sup>(9)</sup>

Sin embargo, en los servicios, la percepción de calidad que se hacen los Usuarios incluye un ingrediente adicional que, en muchos casos, puede llegar a ser tan o más importante que la calidad interna o técnica y que se origina en simultaneidad producción-consumo que es propia de los servicios. Nos referimos a lo que se ha denominado como calidad externa y que podemos definir en términos prácticos como:<sup>(9)</sup>

**Calidad Externa** “es la forma de realizar la prestación del servicio. Es decir, las características que adoptan la entrega o prestación del servicio al Usuario.

En otras palabras la evaluación de la calidad que hace que una persona de un producto no se ve afectada por la forma en que se entrega ese producto, dado que para ella lo importante es su calidad interna, es decir sus prestaciones tangibles su funcionalidad.<sup>(9)</sup>

Por el contrario, en los servicios: la calidad percibida por los Usuarios se ve necesariamente afectada por la forma en que

se realiza la prestación del servicio; es decir, por el nivel de su calidad externa.

Es decir que en el sector servicios la calidad externa forma parte integral e inseparable del servicio que se entrega a los Usuarios y en consecuencia.

“La calidad externa también constituye un elemento indisoluble de las ofertas de las entidades que prestan servicios. (9)

### **Dimensiones, atributos, estándares e indicadores.**

“Las dimensiones de la calidad utilizados para la autoevaluación son grandes aspectos demarcables, definidos para efectos metodológicos, en el marco de las cuales se lleva a cabo la autoevaluación. Se refieren no solo a la realidad externa, sino también a la realidad interna de nuestra vida y de nuestro trabajo. Las dimensiones de la calidad adoptadas por el Ministerio de Salud son: la dimensión técnica, la dimensión humana y el entorno de la calidad. (16)

Los atributos son las características o rasgos fundamentales que diferencian nuestros productos o servicios en cada una de las dimensiones establecidas en función a las expectativas y necesidades de los usuarios. (16)

Estándares e Indicadores. – Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar.

Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual, es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado. Los estándares e indicadores propuestos, constituyen una síntesis del proceso que se viene desarrollando en el Ministerio de Salud desde el año 2001, a partir de cambios producidos en las políticas del MINSA, para incorporar la calidad dentro de la estructura del sistema de atención.<sup>(16)</sup>

### **Dimensiones de Calidad.**

“Existen diversas propuestas analíticas de la calidad en salud, pero posiblemente la presentada por A Donabedian siga siendo pese a su generalidad la de mayor aceptación. El autor propone tres dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del Usuario, una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo y el contexto o entorno de la atención que constituyen los aspectos físicos tangibles que rodean el espacio de la atención. Por lo tanto, los programas de calidad para ser integrales, deben abarcar las tres dimensiones mencionadas”.

(17)

## **El Servicio.**

Un servicio es una actividad o conjunto de actividades de naturaleza intangible que se realiza mediante la interacción entre el Usuario, el empleado y las instalaciones físicas del establecimiento, con el objeto de satisfacer un deseo o necesidad. (18)

La prestación del servicio y su consumo son simultáneos, al revés de lo que ocurre con los productos, que primero son fabricados y luego han de venderse y ser utilizados. (18)

Los grandes principios en lo que descansa la calidad del servicio, son:

- El Usuario es el único juez de calidad del servicio. Sus opiniones son, por tanto, fundamentales.(18)
- El Usuario es quien determina el nivel de excelencia del servicio, y siempre quiere más.(18)
- La empresa debe formular promesas que le permitan alcanzar sus objetivos y distinguirse de sus competidores.
- La empresa debe “gestionar” las expectativas de sus Usuarios, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del Usuario.(18)
- Para eliminar errores se debe imponer una disciplina férrea y un constante esfuerzo. En servicios no existe término medio. Hay que aspirar a la excelencia, a cero



defectos. Atendiendo a los detalles es como se logra mejorar la calidad de los servicios, eso exige la participación de todos, desde el presidente de la empresa hasta el último de sus empleados, porque el Usuario no ve en el servicio más que “lo que no funciona”.

Claro está que cada empresa de cada sector de servicios desarrollará su propia estrategia de calidad, distinta, única, innovadora si fuera posible, pero los principios citados son condiciones indispensables para alcanzar el éxito. <sup>(18)</sup>

### **Pilares de la Calidad de Atención.**

#### **Enfoque al Usuario (Usuario).**

Usuario (Usuario) es la persona a la que el programa o institución atiende, consumidor final de los productos o servicios de la organización.

El Usuario puede ser interno o externo.

Cada institución o programa de salud necesita definir cuál es el sector de la población que va a atender, cuáles son sus características necesidades y expectativas para saber qué servicios ofrecer y como ofrecerles. <sup>(19)</sup>

Dichas necesidades y expectativas del Usuario se dan a conocer a través del lenguaje verbal o no verbal (encuestas, sugerencias, observaciones), lo cual nos permitirá saber que piensa el Usuario del servicio brindado. <sup>(18)</sup>

#### **Cadena Usuario (Usuario) – Proveedor.**

La cadena Usuario proveedor es la interconexión de personas e instituciones que trabajan para alcanzar un objetivo y poder brindar una buena atención de salud. (19)

### **Usuario Interno y Externo.**

#### **El Servicio al Usuario Interno.**

**Cultura de Servicio.** Si dejamos que las cosas funcionen fuera, en primer lugar debemos conseguir que funcionen dentro de la empresa. Ninguna organización puede ofrecer un servicio de alta calidad, si dentro de ella se está librando una batalla. En resumen, el servicio de calidad comienza dentro de la organización. (19)

Y dado que la calidad del servicio es la mayor ventaja competitiva de nuestros tiempos, nuestro principal objetivo debe ser el desarrollo de la cultura de servicio. (19)

Como cita CELA en el módulo V de: Terrence Peal y Allan Kennedy, en su libro Cultura Corporativa, define la cultura de servicio como “El modo como hacemos las cosas aquí”. Una cultura de servicio es una forma de hacer las cosas que valora enormemente la calidad del servicio, puesto que esta cumple una función básica en el éxito de la empresa. (19)

Finalmente, todos los preceptos de gerencia de servicios giran en torno a una cultura de servicio que implica un clima, un entorno o un contexto laboral, que da la prioridad a la calidad del servicio dentro de la organización y que impulsa a

todos los miembros a lograr ese fin.

### **Características distintivas de una cultura de servicio**

- a. Existe una misión o un concepto claro del servicio.
- b. Los ejecutivos enseñan y practican constantemente el evangelio del servicio.
- c. Todo el personal, ejecutivos, asistentes, empleados, etc., toman como modelo el comportamiento de que el Usuario está primero.
- d. Se espera un servicio de calidad de todas las personas involucradas. <sup>(19)</sup>

**Usuario Interno.** Es el destinatario mismo de la calidad del servicio que proporcionamos dentro de la organización. La filosofía de la calidad total ha aportado una modificación substancial a los viejos conceptos porque mientras mantiene toda su preocupación por la satisfacción del Usuario final (o consumidor) llama la atención en modo riguroso sobre la relación consumidor – Usuario/proveedor, dentro de la misma empresa. <sup>(19)</sup>

De manera que el Usuario interno “es toda persona que depende de nosotros para el suministro de un bien o un servicio.

En este sentido enmarcado la tesis de investigación se señala que el personal de salud para brindar y garantizar un servicio de calidad debe estar satisfecho en la institución en cualquier

ámbito o niveles de servicios de salud dentro de la organización donde labore (Usuario interno).

**Usuario Externo.** Es la persona que recibe el suministro de un bien o servicio. Usuario externo en salud son los usuarios que asisten a un centro asistencial. (19)

### **Criterios de Determinación de la Calidad de Atención de Enfermería.**

a) El profesional de enfermería participa en la calidad de las actividades de cuidados, según lo más oportuno para la posición individual, la educación y el entorno del ejercicio.

Estas actividades pueden incluir:

- Identificación de aspectos de la atención importantes para el control de la calidad.
- Identificación de indicadores utilizados para controlar la calidad y efectividad de los cuidados de enfermería.
- Recogida de datos para controlar la calidad y efectividad de los cuidados de enfermería.
- Análisis de los datos de calidad para identificar oportunidades de mejorar la atención.
- Formulación de recomendaciones para mejorar la práctica de la enfermería y los objetivos del Usuario.
- Ejecución de actividades para potenciar la calidad de la práctica de la enfermería.
- Participación en equipos interdisciplinarios que

evalúan la práctica clínica o los servicios sanitarios.

- Desarrollo de políticas y procedimientos para mejorar la calidad de los cuidados.

b) El profesional de enfermería utiliza los objetivos de la calidad de las actividades de atención para iniciar cambios en la práctica.

c) El profesional de enfermería utiliza los objetivos de la calidad de los servicios de atención para iniciar cambios en el sistema de prestación de atención sanitaria, según este indicado.

### **Evaluación de la calidad.**

Objetivo: Analizar las brechas entre la percepción y expectativa de los usuarios acerca de la atención y los servicios de salud para identificar y priorizar oportunidades de mejora. (17)

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia al establecimiento que otorga los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.(17)

Para evaluar la calidad en los establecimientos de salud se toma como referencia la clasificación la calidad de servicio y

calidad de atención.

### **Calidad del Servicio.**

Informa sobre “cómo se hace” la atención y se expresa en percepciones sobre la calidad, o calidad percibida, son por lo tanto eminentemente subjetivas y deben abordar tanto la percepción de calidad en nuestros usuarios o Usuarios externos (Usuarios y pobladores que demandan nuestros servicios) como la percepción de calidad en los trabajadores como usuarios o Usuarios internos de los servicios. Algunos métodos que se utilizan para evaluar la calidad del servicio se mencionan en la siguiente tabla. <sup>(17)</sup>

<b>USUARIO EXTERNO</b>	<b>USUARIO INTERNO</b>
Encuesta de opinión de usuarios	Encuesta de ambiente laboral
Grupos focales	Grupos focales
Usuarios simulados	Talleres de autoevaluación

### **Calidad de Atención en Salud.**

Informa acerca de “lo que se hace” es decir con la atención misma y se expresa en los aspectos técnicos de la atención, esto es los recursos, los procesos de atención, incluyendo el desempeño del personal y los resultados de la atención. Son básicamente aspectos objetivos y usualmente se mide a través de indicadores y estándares. <sup>(17)</sup>

Donabedian ha hecho muchos estudios al respecto y ha

propuesto que para la evaluación de la calidad hay necesidad de tener en cuenta tres criterios: estructura, proceso e impacto a través de los estudios realizados se ha visto que uno de los indicadores objetivos para evaluar el impacto, que no es más que el resultado obtenido con la realización de los procesos, es el grado de satisfacción. Las determinantes más importantes de la satisfacción del Usuario son los aspectos técnicos e interpersonales de los cuidados que profesionales de la salud prestan. (17)

### **Oportunidades de Mejora.**

Las oportunidades de mejora o problema se definen como: la disociación entre la situación ideal de calidad planteada y la situación real encontrada en la evaluación. (17)

### **Estrategias para la Calidad.**

Para mejorar la calidad se necesita un cambio de mentalidad, un cambio de actitud en el sentido de hacer cada vez mejor las cosas y esto incluye todos los ámbitos de nuestro desarrollo, es decir, en la familia, en la escuela y en el trabajo. Las estrategias para mejorar la calidad, tienen que ver con el esfuerzo y con la exigencia, éstas son algunas:

La calidad no es sólo satisfacer las expectativas de nuestros padres, maestros, jefes inmediatos o de nuestros Usuarios, sino superarlas. A su vez debe ser un valor compartido por todos los integrantes de la familia, escuela e institución. Así

mismo implica asumir compromisos y mejoramientos continuos y permanentes. El mejoramiento continuo se logra a partir de realizar en forma persistente y precisa esfuerzos constantes. (11)

## **2. Satisfacción de los usuarios.**

### **Gestión Orientada a la Satisfacción del Usuario.**

“El conocimiento de las necesidades actuales y futuras de los Usuarios es el punto de partida en la búsqueda de la excelencia empresarial. Focalizar las necesidades del Usuario consiste en que dichas necesidades estén claras para todos los miembros de la organización. La percepción de la calidad juzgada por el Usuario, se centra en aquellas características o atributos del producto o servicio, que agregan valor para los Usuarios, elevan su satisfacción, determinan sus preferencias y los tornan fieles a la marca.

La orientación hacia el Usuario requiere también estar al tanto del desarrollo tecnológico, conocer las ofertas de los competidores y, responder de manera rápida y flexible a sus necesidades y expectativas”. (21)

“Hoy en día, el lograr la plena satisfacción del Usuario es uno de los objetivos más importantes de toda empresa exitosa y de las que pretenden serlo. Los beneficios de alcanzar ese objetivo son diversos, sin embargo, algunos expertos en mercadotecnia nos muestran tres beneficios esenciales de



conseguir la satisfacción del Usuario.

- Un Usuario satisfecho, por lo general vuelve a comprar (lealtad).
- Un Usuario satisfecho comunica a otros sus experiencias positivas con un producto o servicio (difusión gratuita o a muy bajo costo).
- Un Usuario satisfecho deja de lado a la competencia (competitividad).

Por consiguiente, no cabe duda de que el éxito empresarial se basa, en gran medida, en su compromiso por lograr Usuarios satisfechos". (22)

### **Satisfacción del Usuario**

#### **¿Qué es la satisfacción del Usuario?**

"El factor más importante ahora es la satisfacción del Usuario. Si su Usuario no está satisfecho dejará de hacer negocios con usted. Todo lo que usted haga para alcanzar una excelente calidad y servicio no importa si no trabaja para satisfacer a su Usuario. (19)

Pero, ¿qué es satisfacer al Usuario? Es la percepción que él tiene de que fueron alcanzadas o sobrepasadas sus expectativas. Usted compra algo y espera que trabaje correctamente; si lo hace, estará usted satisfecho, si no lo hace, estará insatisfecho. Depende del vendedor encontrar la manera de arreglar el problema de modo que quede usted

satisfecho.

Cuando se hace el arreglo y usted lo aprueba, está usted satisfecho. Cuando no está satisfecho, usted “vota empleando los pies” y camina, llevando el negocio a cualquier otro lado”.

(19)

### **Definición de Satisfacción del Usuario.**

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios”. (23)

Según el Prof. Philip Kotler como cita Ivan Thompson la satisfacción del Usuario se define como el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de los productos o servicios con sus expectativas llevando esta definición a su aplicación práctica para determinar el nivel de satisfacción del Usuario, podemos resumirlo en la siguiente fórmula.

Rendimiento percibido – expectativas = nivel de satisfacción

(22)

Según CELA (p.3) “La definición de satisfacción del Usuario

es muy sencilla. Un Usuario está satisfecho cuando sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas. Entonces ¿Cómo puede usted saber lo que el Usuario necesita, quiere y espera? Muy fácil: ¡Les pregunta! Así es, así de sencillo. Usted simplemente pregúnteles y proporcióneles lo que quieren y un poco más. (19)

- **Satisfacción.** “es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo a los fines que la reducen. Es decir, satisfacción es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos”.(24)
- **Satisfacción del Usuario.** es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del Usuario. El Usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del Usuario son bajas, o si el Usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.(11)
- **Satisfacción del Usuario** “es una sensación subjetiva que experimenta este, al colmar sus necesidades y expectativas cuando se le otorga un servicio. La

satisfacción está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y del propio establecimiento de salud. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias".(18)

- **Satisfacción** como cita en su tesis Lizarzabal G. Maribel y otros "el concepto de satisfacción va estrechamente ligado al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas. La satisfacción con el servicio ofrecido acumula información sobre la valoración personal que no puede conocerse por la observación y pretende captar información sobre la realidad objetiva que tiene del servicio del usuario".(25)
- **Para Zas R. Barbará** la satisfacción resulta de una lógica deductiva elemental que comprende dos aspectos:
  - o La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
  - o Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro

alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como “satisfactorio o no”. (23)

Enmarcado al estudio se diría que la satisfacción de los Usuarios con la atención de enfermería es la percepción del Usuario atendido en el servicio de que sus expectativas han sido alcanzadas o sobrepasadas con respecto a la atención de enfermería.

- **La Relación entre Calidad, Servicio y Satisfacción.**

Como cita CELA p. 5, “ya debería ser obvio que hay una indudable relación entre calidad, servicio al Usuario y satisfacción del Usuario”. Esto se hace aún más aparente cuando se recuerda que calidad y servicio es cualquier cosa que el Usuario dice que es, no lo que usted dice que tiene y satisfacción es la percepción del Usuario de que sus expectativas han sido cubiertas. (19)

Por lo tanto, si usted provee las dos primeras de acuerdo a la diferencia de sus Usuarios la tercera aparecerá sola. Además los Usuarios satisfechos le traerán más Usuarios, que a su vez le traerán más y el ciclo de referencia continuara. (19)

**Evaluación de la Satisfacción.**

La valoración de la satisfacción del Usuario con los servicios

de cuidado de la salud es bastante común. Su popularidad es atribuible a cuatro factores principales. <sup>(14)</sup> Primero, el ejercicio tiene validez de cara a la retórica del mercado interno del reformado servicio de salud: los Usuarios son los consumidores y los estudios del consumidor son fundamentales tanto para aumentar la eficacia como para mejorar el producto. Segundo, la satisfacción del usuario es profesional y clínicamente deseable y está asociada tanto con cumplimiento como con recuperación de salud. Tercero, puesto que el cuidado de salud está basado principalmente en los fondos del sector público, los Usuarios tienen el derecho ciudadano de comentar y involucrarse en el desarrollo y la implementación de la política de cuidado de la salud. Cuarto, existe una convicción extendida de que los estudios de satisfacción del Usuario son fáciles de realizar. Por consiguiente; por razones administrativas, clínicas, democráticas y prácticas; la valoración de la satisfacción del Usuario tiene aprobación casi universal. <sup>(19)</sup>

Uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios sanitarios consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los Usuarios. La satisfacción del consumo de los servicios sanitarios es utilizada frecuentemente como un índice de buen funcionamiento de la calidad del servicio prestado e

incluso como un indicador del resultado de los mismos por parte de la administración sanitaria. <sup>(9)</sup>

Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetivo y no una evaluación objetiva. El objetivo que se percibe es describir la conformidad del Usuario con el servicio percibido.

Así, requiere tomar en consideración dos elementos. <sup>(19)</sup> El primero responde a la expectativa de servicio, es decir, satisfacción esperada del futuro consumidor de salud. El segundo elemento es el servicio posteriormente percibido por él. De estos dos conceptos, podemos definir la satisfacción del Usuario como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario (concepto que procede de la calidad percibida del servicio). Esto es, se supone que el Usuario es capaz de realizar en su mente un esquema factible de servicio, el cual le servirá para poder valorar el servicio recibido por el mismo. <sup>(19)</sup>

Las expectativas, por ello, gozan de una especial relevancia, ya que antes de indagar otros elementos que pueden influir en la satisfacción deberíamos objetivar de algún modo las expectativas de servicio del Usuario para, posteriormente, poder evaluar y medir el grado de satisfacción. <sup>(9)</sup>

### **Elementos de la Satisfacción.**

Es importante entender los elementos de la satisfacción para

que podamos saber cómo nuestros Usuarios definen la calidad de nuestros servicios. Solamente a través de la comprensión de los mismos es que seremos capaces de desarrollar medidas para evaluar nuestro desempeño en el suministro de servicios. <sup>(22)</sup> Estos elementos son:

- a. **Disponibilidad:** grado con que un servicio de salud está disponible, siempre que los Usuarios lo necesiten.
- b. **Accesibilidad:** Grado con que el Usuario espera que lo atiendan cuando lo necesita.
- c. **Cortesía:** Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el Usuario siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.
- d. **Agilidad:** Grado con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los Usuarios.
- e. **Confianza:** Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el Usuario.
- f. **Competencia:** Grado con que el proveedor de servicio de



salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al Usuario. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del Usuario.

- g. **Comunicación:** Grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus Usuarios a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento. La comunicación con los Usuarios puede afectar en gran manera el proceso de recuperación. Si un Usuario se siente apartado, desinformado, o en incertidumbre acerca de sus resultados de salud, puede que demore más en recuperarse. De manera clara, la comunicación es vital para proveer satisfacciones con el servicio en el establecimiento hospitalario. Cuando las preguntas que se hacen los Usuarios pueden ser rápidamente tratadas y cuando los Usuarios son consultados con respecto al tipo de atención que recibirán, puede aliviarse sus sentimientos de incertidumbre. Más aún, cuando la naturaleza del tratamiento es explicada claramente, se aumenta la conciencia de los Usuarios y se les sensibiliza acerca de qué deben esperar. Dicha comunicación entre Usuarios y proveedores de servicio pueden incrementar la satisfacción de los mismos con la calidad de los servicios

y atención hospitalaria recibida. (22)

### **Importancia de la Satisfacción de las Necesidades y Expectativas del Usuario.**

Si se pretende comprender la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los Usuarios, es importante aclarar que muchos y diferentes grupos de Usuarios juzgan la calidad de los servicios del cuidado de la salud: los Usuarios, sus familiares y amigos, cada uno de ellos tiene expectativas sobre el servicio que ofrece la organización. Por ejemplo, la mayoría de los Usuarios desea el mejor estado de salud que pueda lograrse; un servicio conveniente y oportuno; un tratamiento cortés y considerado por parte del personal y una información correcta sobre su estado. Ordinariamente sus familiares y amigos también quieren encontrar suficiente información, acceso al Usuario, sensibilidad y consideración por parte del personal hospitalario. (10)

Cuando alguna persona tiene una necesidad específica, busca un producto o servicio para satisfacerla, si la elección anterior proporcionó un alto grado de satisfacción tendrán muy buenas posibilidades de ser escogida de nuevo, logrando además que en esa siguiente oportunidad, la decisión sea favorecida por un mayor contenido de emoción que de razón. Un Usuario satisfecho además de repetir sus asistencias a la organización en el futuro, será la mejor publicidad que los

productos puedan tener. (18)

Pero, aunque la satisfacción del Usuario se logre por primera vez, es importante tener en cuenta que las expectativas de los Usuarios cambian con la tecnología y los esfuerzos educacionales, lo que quiere decir que la consulta con los Usuarios debe ser frecuente para ajustar la comprensión de sus expectativas. Cuando la empresa se concentra en estándares fijos o estáticos, inevitablemente no da en el objetivo en términos de las expectativas de sus Usuarios, porque éstas siempre están incrementándose y cambiando.

(10)

El conocimiento del grado de satisfacción del Usuario una vez que ha recibido el servicio, es la principal fuente de información para que las empresas realicen una planeación de cómo mejorar el servicio que están otorgando a sus Usuarios, por consiguiente, la medición del grado de satisfacción del Usuario no es útil, sino se usa para establecer acciones que permitan ofrecer un servicio que supere sus expectativas. (10)

Los métodos de investigación del grado de satisfacción de los Usuarios deben tener tres objetivos: ayudar a clarificar la relación histórica que existe entre la organización y sus Usuarios, servir para evaluar la satisfacción del Usuario con respecto a los competidores, y entender las formas en que los

empleados influyen en la satisfacción del Usuario. Además, este estudio se debe diseñar con base en las expectativas y la percepción de la calidad del producto o servicio por parte del consumidor. (15)

La medición de la calidad de los servicios se realiza comúnmente a través de cuestionarios aplicados directamente al consumidor. Las preguntas de los cuestionarios deben ser muy específicas y fáciles de cuantificar para poder llevar a cabo análisis posteriores. (15)

Varias causas han contribuido a que las expectativas hayan crecido más que los resultados de los servicios sanitarios. La primera es el aumento de la prevalencia de las enfermedades degenerativas y crónicas; en segundo lugar la mayor preocupación social por la salud amplifica los síntomas y las percepciones de la enfermedad; por otra parte, la creciente atención de los medios de comunicación hacia las cuestiones sanitarias favorecen a crear un clima de desconfianza e inseguridad en los Usuarios.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus Usuarios, consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, es un instrumento de medida de calidad de la atención. (19)

El Usuario generalmente evalúa el servicio global y no aspectos parciales de la prestación, y el resultado de esta

evaluación es el grado de calidad percibida. El objetivo de la calidad es satisfacer las necesidades del Usuario. (9)

No siempre la mala satisfacción es resultado de una mala atención a veces refleja sólo algunos aspectos de ella.

El conocimiento de la opinión del Usuario sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen de la institución hospitalaria.

(19)

### **La Satisfacción como Indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios.**

“¿Es la satisfacción entonces un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud? Sin duda es un indicador, más aún es un instrumento de excelencia”. (23)

Coincide con lo señalado, Claudia Ariza que cita en su tesis “que existen estudios que han indicado que la satisfacción con los cuidados de enfermería es el mejor predictor de la satisfacción con la hospitalización”. (24)

El que sea un indicador de excelencia de la calidad depende de su implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales.(23)

- a. La complejidad del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (hospital), grupal (los servicios) o individual (el trabajador, el especialista, el

técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción. La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo:

- Las variables intrasubjetivas del Usuario (Usuario).
- Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
- El proceso de interrelación que se produce entre ambas.
- Las condiciones institucionales.

b. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

En este sentido, considerando que satisfacción es un indicador de excelencia de la calidad de los servicios – productos y que para lograr se requiere de la participación conjunta tanto del Usuario interno como externo. <sup>(23)</sup>

Así como lo señala Chiavenato la calidad de los servicios depende de los empleados: menciona que: la satisfacción de los empleados y de los Usuarios: las empresas de servicios excelentes creen que sus relaciones con los empleados se reflejan directamente en las relaciones con los consumidores; por tal motivo, crean un ambiente de apoyo a los empleados y los recompensa por el buen desempeño en los servicios.

Con regularidad miden la satisfacción de los empleados con sus tareas. El Citibank estableció la meta de satisfacción de los consumidores en alrededor de 40% y de los empleados en alrededor de 70%. Pero igualó los índices cuando percibió que era imposible obtener 90% de satisfacción de los Usuarios si 30% de los empleados estaba insatisfecho. Kart Albrecht observó que los empleados insatisfechos se pueden convertir en “terroristas de la organización” Rosenbluth y Peters en el libro *The Customer Comes Second*, va más allá al afirmar que los empleados de la empresa, y no los Usuarios deben ocupar el “primer lugar” y los Usuarios serán bien atendidos por aquellos. La evaluación del desempeño humano está detrás de todo esto. (26)

Definir calidad es un poco más que definir satisfacción del Usuario. La calidad está basada en la percepción del Usuario; por lo tanto definimos calidad como cualquier cosa que el Usuario percibe como calidad. (19)

Por lo tanto el nivel de satisfacción del Usuario es directamente proporcional a la diferencia entre el desempeño percibido (no el desempeño real) de una organización y las expectativas (no las necesidades) del Usuario. En las relaciones de hoy, sus expectativas se incrementan a cada paso. El desempeño que ayer era sobresaliente, hoy escasamente satisface requerimiento y mañana será

inapropiado. (19)

“Las claves para la satisfacción del usuario son:

- Servicios superiores
- personal excelente en brindar servicio

En este sentido un factor clave para lograr un alto nivel de calidad en un servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que la usuaria tiene del servicio y sus percepciones.

De esta manera es importante conocer la percepción del Usuario con respecto al cuidado de enfermería teniendo en cuenta que la percepción de los comportamientos del cuidado influye en la satisfacción del Usuario. (24)

### **Satisfacción del Usuario con el Servicio.**

“Cada una de las actividades que enfermería realiza están encaminadas a evaluar si los resultados o logros alcanzados son los esperados por el Usuario que recibe los servicios”. (27)

“La meta final del proceso de intervención de enfermería es la satisfacción del Usuario, a través de una atención apropiada y oportuna.

La atención que enfermería brinda a las personas en respuesta a sus necesidades debe superar sus expectativas para que cada uno de los movimientos del vendedor (actividades críticas o intervenciones claves) desde el ingreso hasta el egreso de la persona lo satisfagan. (27)

Toda queja, demanda o inconformidad de un Usuario con



respecto a la atención debe investigarse y estudiar las causas que la motivaron". (27)

### **Niveles de Satisfacción.**

Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio los Usuarios experimentan uno de estos tres niveles de satisfacción:

- Insatisfacción: se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del Usuario.
- Satisfacción: se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del Usuario.
- Complacencia: se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del Usuario.

Dependiendo el nivel de satisfacción del Usuario se puede conocer el grado de lealtad hacia una marca o empresa, por ejemplo: un Usuario insatisfecho cambiará de marca o proveedor de forma inmediata (deslealtad condicionada por la misma empresa).

Por su parte, el Usuario satisfecho se mantendrá leal, pero tan solo hasta que encuentre otro proveedor que tenga una oferta mejor (lealtad condicional).

En cambio, el Usuario complacido será leal a una marca o proveedor porque siente una afinidad emocional, que supera ampliamente a una simple preferencia racional (lealtad incondicional).

Por ese motivo, las empresas inteligentes buscan complacer a sus Usuarios mediante prometer solo lo que pueden entregar, y entregar después más de lo que prometieron. (22)

### **Teoría de las Expectativas.**

Víctor Vroom popularizó la teoría de las expectativas durante la década de 1960.

Expectativa define como la probabilidad de que una acción conduzca a un resultado, si un sujeto considera que una acción le va dar buen resultado la expectación será mayor que aquel que no advierta ninguna probabilidad. La teoría de la expectativa general considera a la conducta determinada por la multiplicación de la valencia por la expectativa, teniendo en cuenta que valencia es la necesidad con la que se desea algo, por lo tanto establece que la motivación depende de cuánto se desee algo y la estimación que se haga de las probabilidades de obtenerlo. Si alguien reúne valencia y expectación altas, la motivación será magnífica pero si por el contrario la valencia y las expectativas son bajas, la motivación será baja. (33)

La teoría de la expectativa se ha desarrollado aún más para incluir el valor del factor de los resultados. Para motivar bien a un individuo, es necesario que vea que los resultados son atractivos, tenga la confianza en que ciertas acciones le van a llevar al resultado deseado y que advierta que vale la pena

hacer el esfuerzo para obtener dicho resultado. (33,34)

Según Ivan Thompson las expectativas son “esperanzas” que se tienen por conseguir algo. (22)

Las expectativas influyen de modo importante en la medición integral de la satisfacción del Usuario que experimenta atención de salud.

Las expectativas del Usuario acerca del proceso de atención, su rol en este proceso y la expectativa acerca del resultado global del tratamiento influirán en la evaluación por parte de éste del servicio brindado a través del proceso de atención de salud y también al llegar a su término.(22)

### **Necesidades y expectativas del Usuario.**

La teoría de Maslow es útil para la Enfermera porque se centra en las necesidades físicas y psicosociales básicas fundamentales para la vida humana. El reconocimiento de la importancia de estas necesidades en determinados momentos de la vida de un individuo permite a la Enfermera facilitar su satisfacción. (35)

El enfoque de satisfacción por prioridades se refleja en la jerarquía de necesidades de Maslow clasificándolas como sigue: necesidades fisiológicas, de seguridad física y psicológica, de pertenencia, de autoestima y respeto de sí mismo y de realización personal. (1)

La teoría de las expectativas de Víctor Vroom sostiene que la

fortaleza de una tendencia a actuar de cierta manera depende de la fortaleza de la expectativa de que el acto sea seguido de una respuesta dada y de lo atractivo del resultado para el individuo. (36)

Las necesidades y expectativas de los Usuarios a menudo son muy diferentes. En la mayoría de los casos, las primeras son mucho más fáciles de satisfacer que las segundas. Los Usuarios tienden a comunicar y preparar las especificaciones con base en sus necesidades, pero miden el desempeño de la organización fundamentados en sus expectativas. (36)

Las expectativas claves en los servicios, como hemos indicado:

- Las expectativas representan lo que los Usuarios esperan recibir con la prestación del servicio.
- Las construyen el barómetro o parámetro con el que los Usuarios miden la calidad de un servicio.(9)

Si el resultado de encuentro del servicio es que:	El servicio será considerado
La prestación no satisface las expectativas del Usuario.	MALO. Pobre, deficiente.
La prestación satisface las expectativas del Usuario.	BUENO, aceptable, correcto, adecuado, satisfactorio
La prestación supera las expectativas del Usuario.	EXCELENTE. Hace las delicias del Usuario.

Ahora bien, si consideramos que lo importante no es lo que el dueño o directivo piensa o cree, sino lo que perciben y piensan los Usuarios, tenemos que llegar a la conclusión de que:

La mejor forma, de conocer las expectativas reales de los Usuarios es preguntándoles a ellos y/o preguntando a los empleados que establecen contacto directo con ellos (PPCC).

(9)

## **1. Teoría de la percepción.**

La percepción es un medio fundamental para que las personas obtengan información sobre sí mismas, sus necesidades y el entorno. La percepción es el proceso de seleccionar, organizar e interpretar los estímulos sensoriales en un retrato del mundo significativo y coherente.

Podemos decir entonces que percepción es la forma en que observa la persona lo que sucede a su alrededor y puede estar influida por algunos factores como la cultura, los valores, las experiencias pasadas y el conocimiento de un individuo.

(36)

La teoría de la percepción, sin embargo, es más completa que una respuesta a los estímulos sensoriales, también es la interpretación de la sensación a la ley de aprendizaje previo. Sus problemas, intereses y antecedentes controlan su

percepción de cada situación. Básicamente cada individuo dice: "Me comporto de acuerdo con los hechos, conforme los veo, no como los ve usted. Mis deseos y necesidades son primordiales, no lo suyos. Actúo con base en la percepción que tengo de mí mismo y del mundo en que vivo." (37)

Ya que la percepción es una experiencia individual, puede haber dos o más puntos de vista de la misma situación. (37)

Sin embargo, lo que uno percibe puede ser sustancialmente diferente de la realidad objetiva.

La cantidad de Usuarios perdidos (incluso los servicios de salud), por lo menos se triplica como resultado de una mala satisfacción. Los Usuarios de hoy juzgan a las organizaciones y entidades prestadoras de servicios de salud desde su totalidad, y sobre la base del servicio que se les proporciona. Ellos evalúan muchos factores antes de tomar una decisión: observan las instalaciones del lugar de atención, escuchan las experiencias de sus amigos o de otras personas que ya han hecho uso de la atención antes, y tienen en cuenta sus experiencias personales con el establecimiento. (37) A partir de estos datos desarrollan una percepción de éste. Esta percepción puede o no ser objetiva, pero en realidad constituye lo más importante para las organizaciones. Para que el Usuario acuda a una institución específica para recibir un servicio, debe percibir que este será de lo mejor. (36) Por

ejemplo si dos establecimientos brindan la misma atención de salud (Servicio de Cirugía), pero el primero supera en atenciones al segundo en un 100%, entonces el Usuario percibe un mejor servicio en uno que en otro.

Comprender la percepción del Usuario es vital para una organización exitosa. No es suficiente proporcionar un excelente servicio (atención); el Usuario debe percibirlo como tal.

Por otro lado las percepciones sobre la calidad de un servicio de salud son vistas como actitudes o juicios, resultado de comparaciones realizadas por los Usuarios entre las expectativas sobre los servicios y sus percepciones sobre el desempeño en dicho servicio (Berry, Zeithami y Parasuraman, 1985 y 1988; Gronroos, 1982; Lewis y Booms, 1983).

De hecho, pareciera que la calidad percibida del servicio es una función de la brecha entre los deseos y expectativas de los Usuarios y sus percepciones sobre el servicio que realmente reciben (Parasuraman, Zeithami y Berry, 1985). <sup>(37)</sup>

### **Percepción es realidad.**

En otras palabras, la calidad depende de las percepciones de los Usuarios; y es que en los servicios, la percepción es realidad: <sup>(9)</sup>

- Cuando usted debe ser juzgado por otros, lo importante no

es lo que usted crea que es la realidad (aunque sea cierta).

- Lo determinante es la percepción que tengan de usted los demás.

Por eso, en la prestación de los servicios, para los Usuarios la percepción es realidad; lo que perciben es, para ellos, la realidad; no existe otra. Es lo único que cuenta, no importan las explicaciones que se den para justificar un mal servicio. <sup>(9)</sup>

Piense que usted (como dueño, empresario directivo) y sus Usuarios observan la prestación del servicio desde dos ángulos totalmente opuestos:

- Usted, y los empleados de su entidad, se encuentran del lado interior de la barrera.
- Sus Usuarios le observan desde afuera.

Por ejemplo, la mayoría de los Usuarios desconocen gran parte de lo que sucede detrás del escenario; en consecuencia, no llegan a percibir todos los esfuerzos, inconvenientes y limitaciones que pueden llegar a tener las entidades (o sus empleados) en el momento que prestan el servicio. Los que están dentro si lo saben; esto, como es lógico, altera por completo la visión que tienen los directivos y empleados por una parte y los Usuarios, por la otra, de la prestación del servicio y las características que adopta.

Cottle ha elaborado lo que denomina como las cuatro leyes de la percepción: <sup>(9)</sup>



- Los demás siempre perciben a la entidad de forma diferente a como la entidad se percibe a sí misma.
- Los demás siempre perciben a la entidad de forma diferente a como la entidad piensa que la perciben.
- Diferentes grupos de Usuarios perciben a la entidad de forma diferente.
- Las personas consideran que el nivel de servicios percibido en un área de su entidad es representativo de todos los servicios que ofrece su organización.<sup>(9)</sup>

Tómelas en muy seria consideración, ya que se aplican siempre, no importa el sector de negocios o el tipo de Usuarios con el que trate su entidad.

Ahora bien, el encuentro de servicios no solo se juzga por las percepciones que se hacen los Usuarios de la entrega, sino que, además, esa percepción y la consecuente evaluación que genera, están condicionadas por las expectativas que se han hecho de los Usuarios respecto al servicio que desean recibir.<sup>(9)</sup>

### **2.3. Definición de términos básicos.**

**Satisfacción.** “es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo a los fines que la reducen. Es decir, satisfacción es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos”.<sup>(24)</sup>

### **El Usuario.**

En la última década el Usuario (Usuario) se ha convertido en pieza clave del funcionamiento de las organizaciones. Estas hacen lo posible por lograr su total satisfacción, y no es para menos, el Usuario de hoy decide donde desea ser atendido. (18)

### **Usuario Externo.**

Es la persona que recibe el suministro de un bien o servicio. Usuario externo en salud son los usuarios que asisten a un centro asistencial.

(19)

### **Satisfacción del Usuario.**

“El factor más importante ahora es la satisfacción del Usuario. Si su Usuario no está satisfecho dejará de hacer negocios con usted. Todo lo que usted haga para alcanzar una excelente calidad y servicio no importa si no trabaja para satisfacer a su Usuario. (19)

### **Calidad.**

Etimológicamente el término de calidad proviene del latín “qualitas” que significa propiedad inherente a una cosa. (8)

La Organización Internacional de Estándares, sostiene que la calidad es definida como: la totalidad de partes y características de un producto o servicio que influye en su habilidad de satisfacer necesidades declaradas o implícitas. (8)

## **2.4. Formulación de hipótesis.**

### **241. Hipótesis general.**

El nivel de satisfacción del usuario externo es favorable frente

a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.

#### 242 Hipótesis específicas.

- Las expectativas del usuario externo son favorables frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.
- La percepción del usuario externo es favorable frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.

#### 2.5. Identificación de variables.

- **Variable dependiente.**

Satisfacción del Usuario.

- **Variable independiente.**

Calidad de atención.

#### 2.6. Definición operacional de variables e indicadores.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
<b>VARIABLE DEPENDIENTE.</b>				
Satisfacción del usuario.	• Expectativa	Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• A veces</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
		Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• A veces</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
		Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• A veces</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	• Percepción	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• A veces</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
		Aspectos tangibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• A veces</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal

VARIABLE INDEPENDIENTE.				
Calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfecho</li> <li>• Poco satisfecho</li> <li>• Insatisfecho</li> </ul>		89 - 132 45 - 88 00 - 44	Nominal

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1. Tipo de investigación.**

El tipo de investigación utilizado para despejar la interrogante fue el descriptivo exploratorio, transversal.

##### **3.2. Método de investigación.**

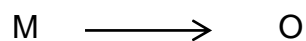
El método utilizado es el científico cuantitativo y el estadístico deductivo e inductivo y sintético para arribar a las conclusiones del estudio efectuado.

##### **3.3. Diseño de investigación.**

###### **Por su profundidad.**

Mediante esta investigación se pudo relacionar las variables; satisfacción del usuario externo y la calidad de atención que brindan el personal de salud en el programa de Crecimiento y Desarrollo de la Red de Salud de Tarma.

El esquema aplicado es el siguiente:



**Dónde:**

M : Muestra de usuarios externos.

O : Es la medición de la satisfacción.

**3.4. Población y muestra.****Población.**

La población de estudio estuvo constituida por el personal de enfermería que laboran en el programa de CRED de la Red de Salud de Tarma y la población objeto de investigación fueron las madres, apoderadas, abuelos o cuidador de los niños que acuden al control. La población estimada está calculada en función a la demanda al Control de CRED y que mensualmente es de 1440 niños en tres meses, entre las edades de 1 a 5 años.

**Muestra.**

La muestra de estudio estuvo conformada por 616 madres de familia, este tamaño es calculado aplicando la tabla de Fisher Arkin y Colton para muestras finitas, y el tipo de muestreo fue el no probabilístico intencional que se aplicó según la llegada de las madres al consultorio y disponibilidad del tiempo que tuvo la investigadora para aplicar el instrumento por espacio de 3 meses.

**3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.****Cuestionario: Satisfacción del usuario externo.**

La estructura física del instrumento comprende los datos generales y datos específicos. Dentro de estos datos se consideran la dimensión Expectativas del usuario; que contiene 22 proposiciones

con alternativas de respuesta (Si, No, A veces). Y en la dimensión Percepción del usuario contiene 22 items con los mismos indicadores de evaluación.

**Autoregistro:**

Mediante esta técnica se procedió a aplicar el cuestionario sobre satisfacción a cada uno de los usuarios externos que concurrieron con sus niños al programa de Crecimiento y Desarrollo Humano para su control respectivo.

**3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Los datos se obtuvieron a través de la encuesta aplicada a las madres de los niños que tienen el calendario de vacunación incompleto, los que fueron procesados utilizando el análisis descriptivo, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 en español.

La presentación de los datos se hizo mediante la aplicación de la estadística descriptiva, e inferencial; a través de tablas de contingencia asociando las variables e indicadores en estudio y luego se mostró a través de los gráficos correspondientes.

**3.7. Tratamiento estadístico.**

La hipótesis de trabajo fue contrastada aplicando la prueba  $\chi^2$  de Pearson.

**3.8. Selección y validación de los instrumentos de investigación.**

El instrumento utilizado fue validado por el MINSA y se aplica para investigaciones en los establecimientos de salud.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1. Descripción del trabajo de campo.**

Para la ejecución de este estudio de investigación se recurrió a la aplicación de los instrumentos a la muestra en estudio conformadas por las madres de familia de los niños atendidos en el programa de Crecimiento y Desarrollo y luego de obtenido la información se realiza la siguiente presentación de los resultados.



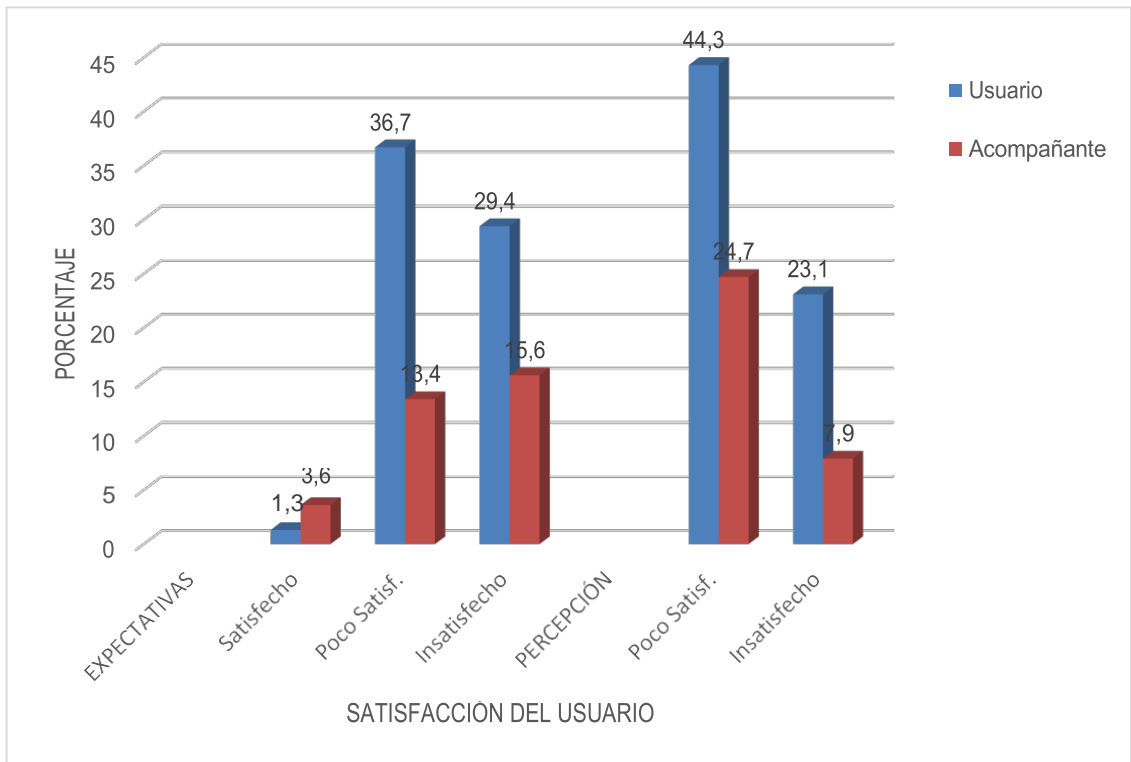
**4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.**

**TABLA N° 01  
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA  
CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN  
CONDICIÓN DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD  
TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Condición del encuestado				Total	
	Madre		Acompañante		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>EXPECTATIVAS</b>						
Satisfecho	8	1,3	22	3,6	30	4,9
Poco satisfecho	226	36,7	83	13,4	309	50,1
Insatisfecho	181	29,4	96	15,6	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>						
Poco satisfecho	273	44,3	152	24,7	425	69,0
Insatisfecho	142	23,1	49	7,9	190	31,0
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>67,4</b>	<b>201</b>	<b>32,6</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.

**GRÁFICO N° 01**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**CONDICIÓN DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**



### **COMENTARIO:**

Los resultados que se muestran en esta tabla corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según la condición del usuario externo que es atendido en el programa CRED. Los datos mostrados nos indican que en cuanto a la evaluación de la dimensión expectativas el 50,1% de la población en estudio se sienten poco satisfechos con la atención recibida en el establecimiento investigado.

Se encontró que en las expectativas; las madres que llevaron a sus niños están poco satisfechas de la atención con el 36,7% y en la percepción es también poco satisfecho en el 44,3% y las acompañantes en el 24,7%.

Por lo tanto, se establece que las usuarias, principalmente madres se encuentran poco satisfechas en sus expectativas con 36,7% y en su percepción 44,3%.

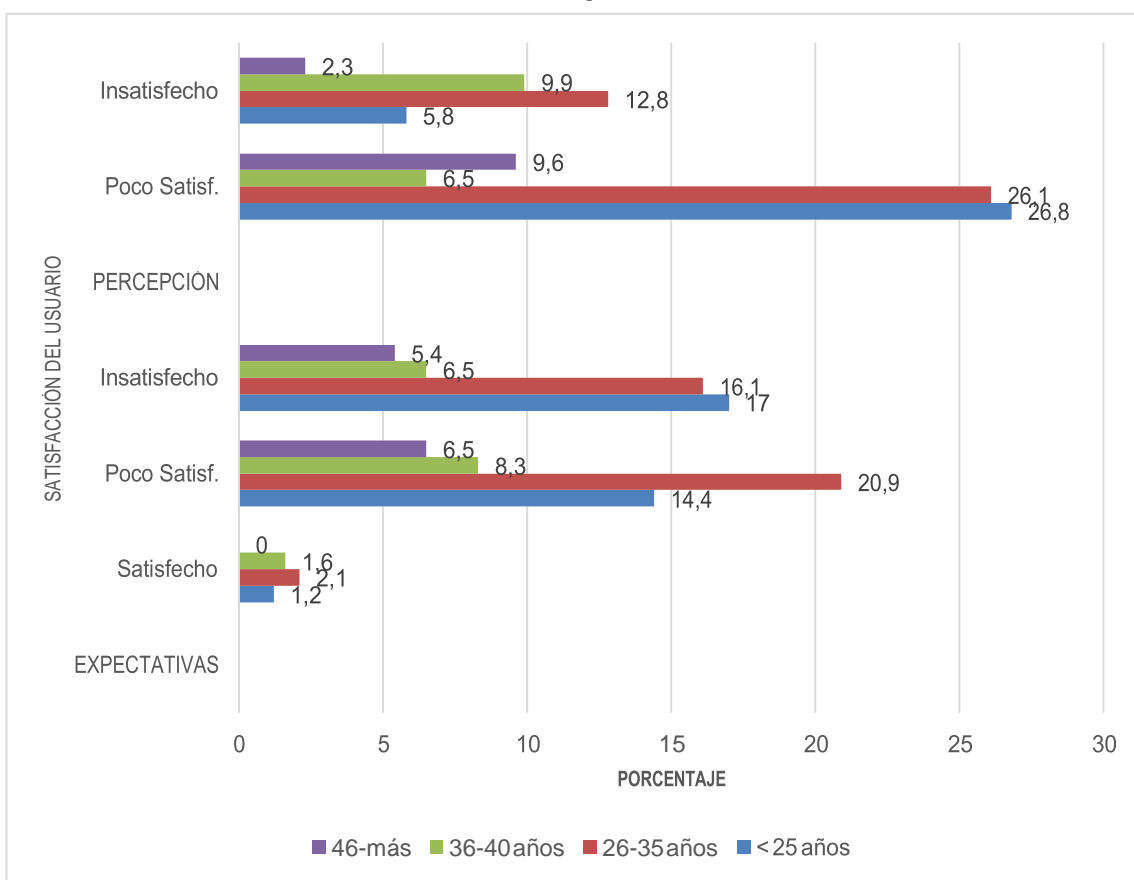
Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

**TABLA N° 02**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**EDAD DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Edad								Total	
	< 25 años		26-35 años		36-45 años		46-mas		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>EXPECTATIVAS</b>										
Satisfecho	7	1,2	13	2,1	10	1,6	0	0,0	30	4,9
Poco satisfecho	89	14,4	129	20,9	51	8,3	40	6,5	309	50,1
Insatisfecho	105	17,0	99	16,1	40	6,5	33	5,4	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>										
Poco satisfecho	165	26,8	161	26,1	40	6,5	59	9,6	425	69,0
Insatisfecho	36	5,8	79	12,8	61	9,9	14	2,3	190	31,0
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>32,6</b>	<b>241</b>	<b>39,1</b>	<b>101</b>	<b>16,4</b>	<b>73</b>	<b>11,9</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.

**GRÁFICO N° 02**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**EDAD DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**



### **COMENTARIO:**

Los resultados que se muestran en esta tabla corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según la edad del usuario externo que es atendido en el programa CRED. Los datos mostrados nos indican que se encontró que en las expectativas; las madres cuyas edades son de 26-35 años en un 20,9%, están poco satisfechas de la atención seguida en segundo lugar por las madres menores de 25 años de edad con 14,4%.

En cuanto a la percepción, evaluada a estas madres el 26,8% de ellas que tienen menos de 25 años se sienten poco satisfechas y en segundo lugar las madres cuyas edades está entre los 26 a 35 años con 26,1%.

Por lo tanto, se establece que las usuarias, menores de 26 a 35 años de edad están poco satisfechas en sus expectativas con 20,9% y en su percepción las menores de 25 años con 26,8%.

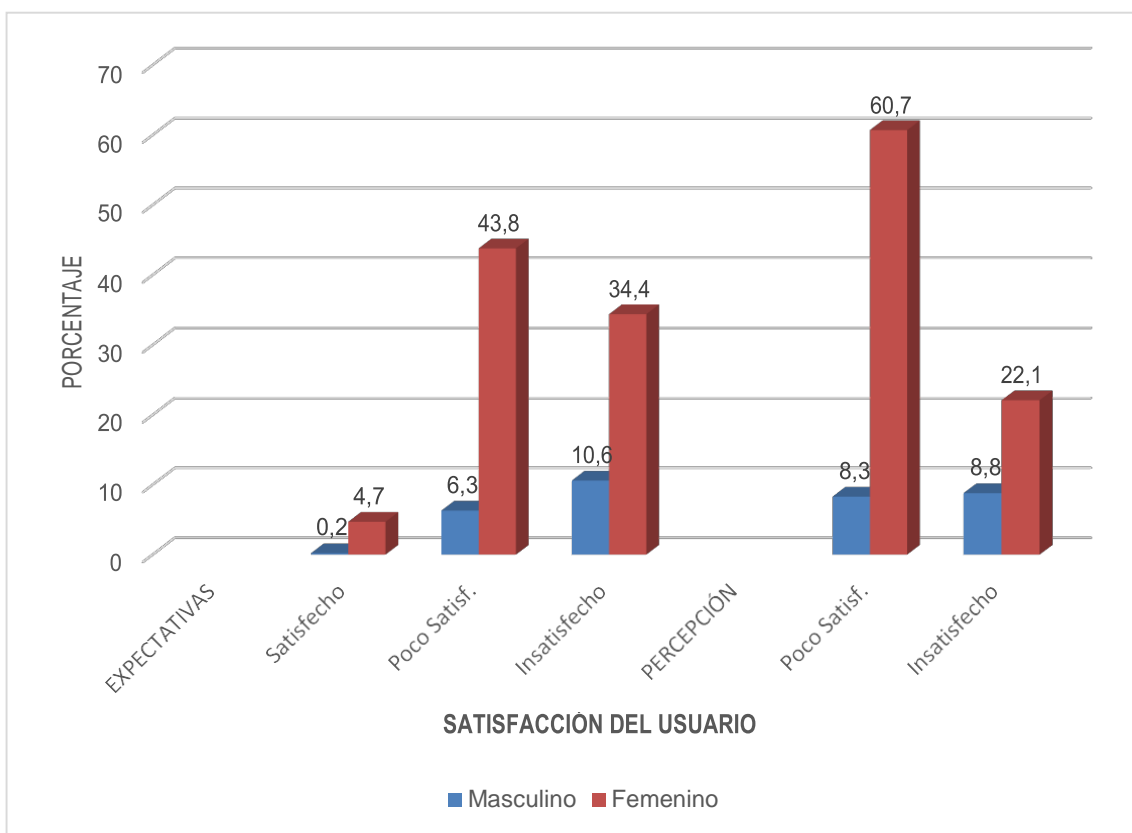
Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

**TABLA N° 03**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**SEXO DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>EXPECTATIVAS</b>						
Satisfecho	1	0,2	29	4,7	30	4,9
Poco satisfecho	39	6,3	270	43,8	309	50,1
Insatisfecho	65	10,6	212	34,4	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>						
Poco satisfecho	51	8,3	374	60,7	425	69,0
Insatisfecho	54	8,8	136	22,1	190	31,0
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>17,0</b>	<b>511</b>	<b>83,0</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.

**GRÁFICO N° 03**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**SEXO DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**





**COMENTARIO:**

Los resultados que se muestran en esta tabla corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según sexo de la usuaria externa que es atendido en el programa CRED. Los datos mostrados nos indican que se encontró que en las expectativas en las usuarias de sexo femenino es de poco satisfecho con la atención en el 43,8% e insatisfecho 34,4%.

En cuanto a la percepción, evaluada a estas madres el 60,7% de las usuarias de sexo femenino están poco satisfechas con la atención y el 22,1% se encuentran insatisfechos.

Por lo tanto, se establece que las usuarias de sexo femenino están poco satisfechas en sus expectativas con 43,8% y en su percepción el 60,7%.

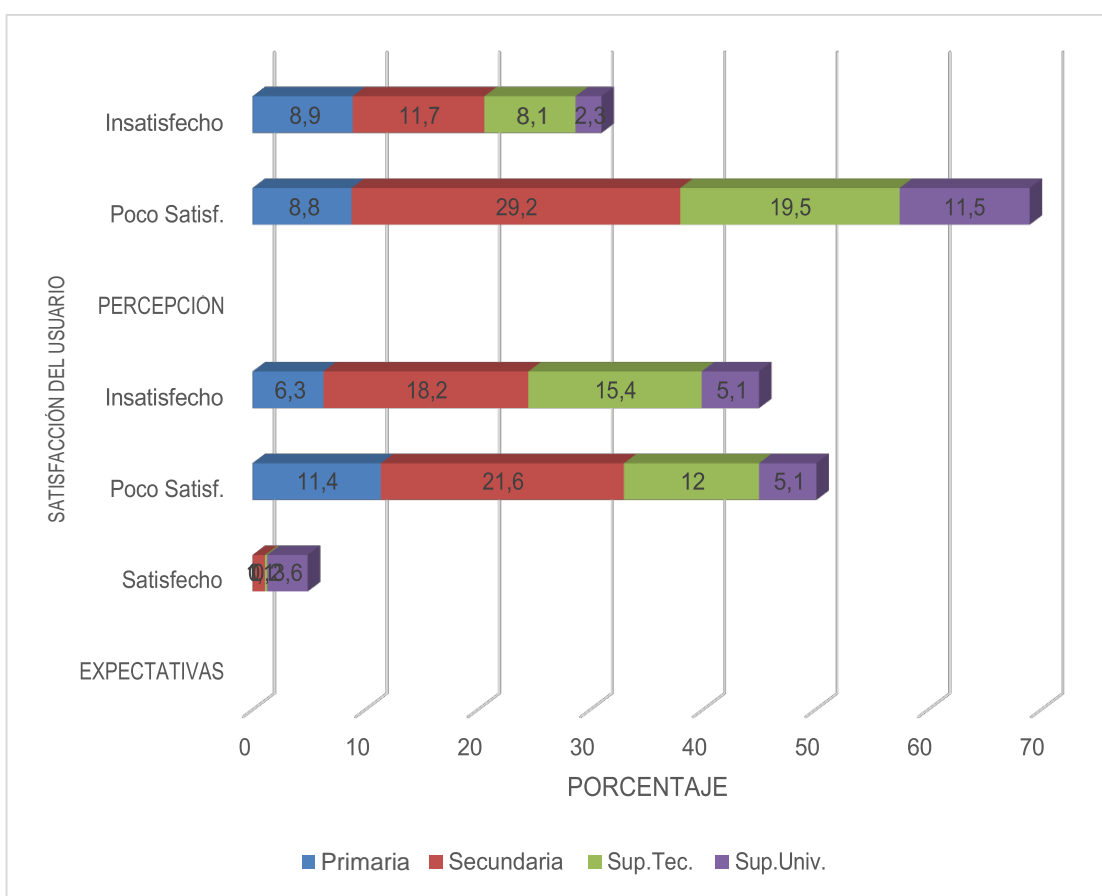
Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

**TABLA N° 04**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**NIVEL DE ESTUDIO DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Nivel de estudio								Total	
	Primaria		Secundaria		Sup. Tecn.		Sup. Univ.		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>EXPECTATIVAS</b>										
Satisfecho	0	0,0	7	1,1	1	0,2	22	3,6	30	4,9
Poco satisfecho	70	11,4	133	21,6	74	12,0	32	5,1	309	50,1
Insatisfecho	39	6,3	112	18,2	95	15,4	31	5,1	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>										
Poco satisfecho	54	8,8	180	29,2	120	19,5	71	11,5	425	69,0
Insatisfecho	55	8,9	72	11,7	50	8,1	14	2,3	190	31,0
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>17,7</b>	<b>252</b>	<b>40,9</b>	<b>170</b>	<b>27,6</b>	<b>85</b>	<b>13,8</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.

**GRÁFICO N° 04**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**NIVEL DE ESTUDIO DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**



### **COMENTARIO:**

En esta tabla se muestran los resultados que corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según nivel de estudios de la usuaria externa cuyos niños fueron atendidos en el programa de CRED. Los datos obtenidos nos indican que se encontró que en las expectativas las usuarias cuyo nivel de estudio es secundario se mostraron poco satisfechos con la atención 21,6%, seguido por las usuarias con nivel de estudio superior técnico 12%.

En cuanto a la percepción, evaluada a estas madres el 29,2% de las usuarias de nivel secundaria están poco satisfechas con la atención y el 11,7% se encuentran insatisfechos.

Por lo tanto, se establece que las usuarias de nivel de estudio secundario están poco satisfechas en sus expectativas con 21,6% y en su percepción el 29,2%.

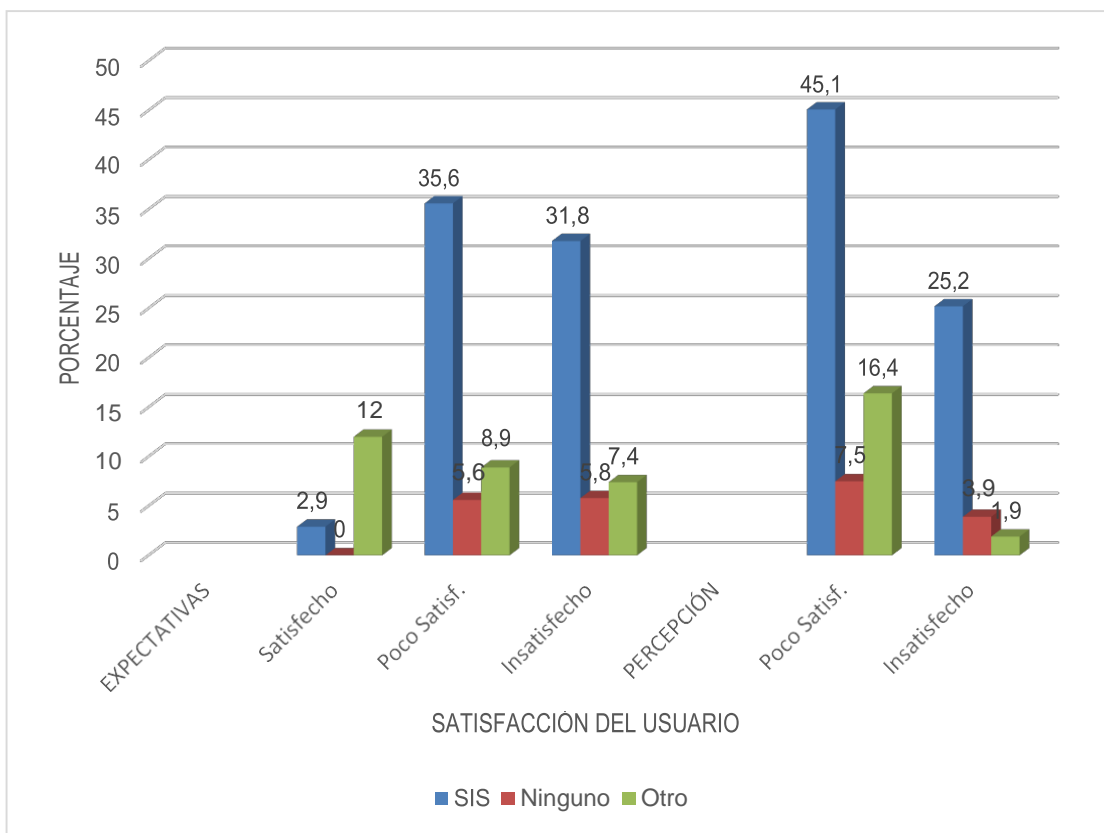
Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

**TABLA N° 05**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**TIPO DE SEGURO DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Tipo de seguro						Total	
	SIS		Ninguno		Otro			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>EXPECTATIVAS</b>								
Satisfecho	18	2,9	0	0,0	12	12,0	30	4,9
Poco satisfecho	219	35,6	34	5,6	56	8,9	309	50,1
Insatisfecho	196	31,8	36	5,8	45	7,4	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>								
Poco satisfecho	278	45,1	46	7,5	101	16,4	425	69,0
Insatisfecho	155	25,2	24	3,9	12	1,9	191	31,0
<b>Total</b>	<b>433</b>	<b>70,3</b>	<b>70</b>	<b>11,4</b>	<b>113</b>	<b>18,3</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.

**GRÁFICO N° 05**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**TIPO DE SEGURO DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**



**COMENTARIO:**

En esta tabla se muestran los resultados que corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según tipo de seguro que posee la usuaria externa cuyos niños fueron atendidos en el programa de CRED. Los datos obtenidos nos indican que se encontró que en las expectativas las usuarias que tienen tipo de seguro SIS se mostraron poco satisfechos con la atención 35,6%, seguido por las usuarias que se sintieron insatisfechas en el 31,8% de ellas.

En cuanto a la percepción, evaluada a estas madres el 45,1% de las usuarias con tipo de seguro SIS estuvieron poco satisfechas con la atención y el 25,2% se encuentran insatisfechos.

Por lo tanto, se establece que las usuarias con tipo de seguro SIS están poco satisfechas en sus expectativas con 35,6% y en su percepción el 45,1%.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

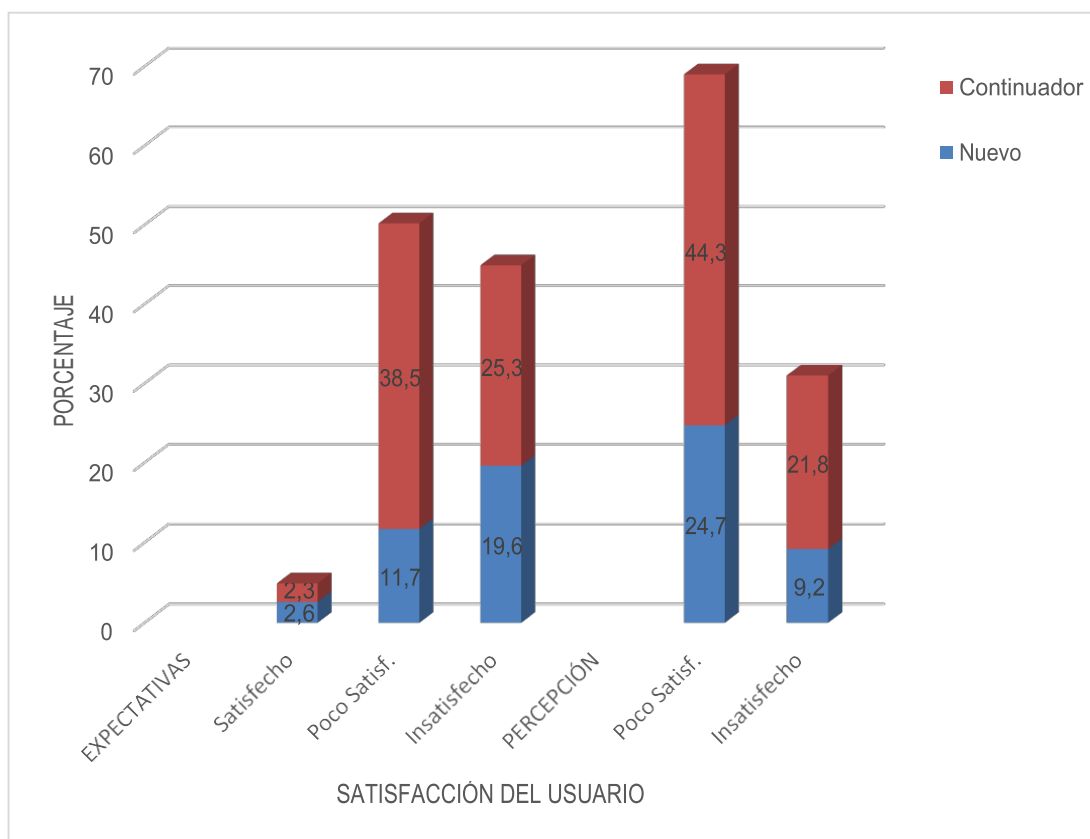
**TABLA N° 06**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**TIPO DE PACIENTE DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Tipo de paciente				Total	
	Nuevo		Continuador		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>EXPECTATIVAS</b>						
Satisfecho	16	2,6	14	2,3	30	4,9
Poco satisfecho	72	11,7	237	38,5	309	50,1
Insatisfecho	121	19,6	156	25,3	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>						
Poco satisfecho	152	24,7	273	44,3	425	69,0
Insatisfecho	57	9,2	134	21,8	190	31,0
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>33,9</b>	<b>407</b>	<b>66,1</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.



**GRÁFICO N° 06**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**TIPO DE PACIENTE DEL ENCUESTADO EN LA RED DE SALUD**  
**TARMA 2014**



### **COMENTARIO:**

En esta tabla se muestran los resultados que corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según tipo de paciente de la usuaria externa cuyos niños fueron atendidos en el programa de CRED. Los datos obtenidos nos indican que se encontró que en las expectativas las usuarias que son continuadoras, es decir; que sus niños ya recibieron atenciones anteriores, se mostraron poco satisfechos con la atención recibida en el servicio de CRED 38,5%, y se muestran también insatisfechos en el 25,3%.

En cuanto a la percepción, el 44,3% de continuadoras se mostraron poco satisfechas con la atención y el 24,7% de nuevos pacientes también tuvieron la percepción de poco satisfechos con la atención en el programa de CRED.

Concluyendo que las usuarias continuadoras están poco satisfechas en sus expectativas con 38,5% y según su percepción el 44,3% se quedaron poco satisfechas.

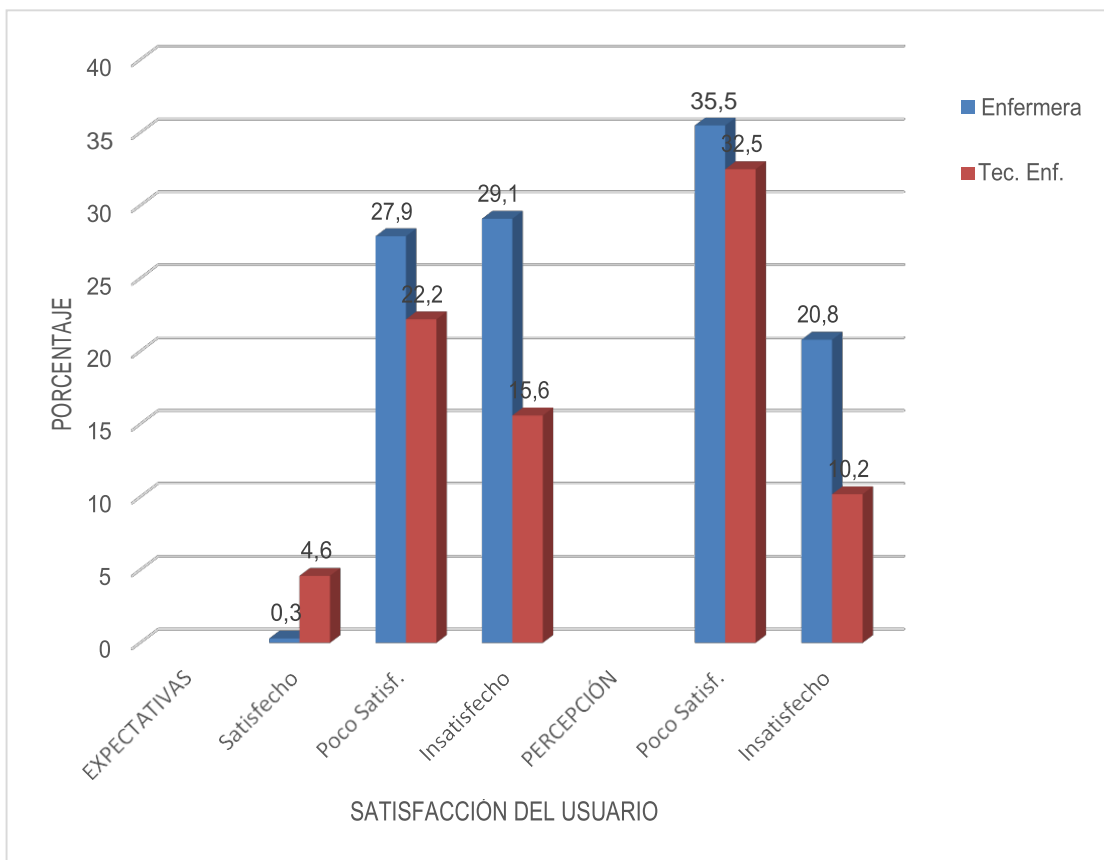
Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

**TABLA N° 07**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**PERSONAL QUE ATENDIÓ AL ENCUESTADO EN LA RED DE**  
**SALUD TARMA 2014**

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Personal que atendió				Total	
	Tec. Enf.		Enfermera		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>EXPECTATIVAS</b>						
Satisfecho	2	0,3	28	4,6	30	4,9
Poco satisfecho	172	27,9	137	22,2	309	50,1
Insatisfecho	179	29,1	98	15,9	277	45,0
<b>PERCEPCIÓN</b>						
Poco satisfecho	225	35,5	200	32,5	425	69,0
Insatisfecho	128	20,8	63	10,2	190	31,0
<b>Total</b>	<b>353</b>	<b>57,3</b>	<b>263</b>	<b>42,7</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario satisfacción del usuario externo en el programa de CRED.

**GRÁFICO N° 07**  
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA**  
**CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED SEGÚN**  
**PERSONAL QUE ATENDIO AL ENCUESTADO EN LA RED DE**  
**SALUD TARMA 2014**



### **COMENTARIO:**

En esta tabla se muestran los resultados que corresponden a la relación de la variable principal del estudio; satisfacción del usuario según tipo de personal de salud que lo atendió en el servicio a la usuaria externa cuyos niños fueron asistidos en el programa de CRED. Los datos obtenidos nos indican que se encontró que en las expectativas las usuarias que fueron atendidas por el personal técnico de enfermería se mostraron insatisfechos con la atención recibida; 29,1% y poco satisfechas en el 29,1%.

En cuanto a la percepción, el 35,5% de las usuarias se mostraron poco satisfechas que brinda el personal técnico de enfermería frente a un 32,5% que recibieron atención por la enfermera.

Concluyendo que las usuarias se muestran poco satisfechas con la atención que le brinda el personal técnico de enfermería en el 27,9% en sus expectativas. Y en su percepción el 32,5% de usuarias se muestran poco satisfechas con la atención que le brinda la enfermera.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se pudo establecer que existe relación estadística entre ambas variables con un margen de significancia del 95%.

### 4.3. Prueba de hipótesis.

**TABLA N° 01**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	27,806 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	26,155	2	,000
Asociación lineal por lineal	,950	1	,330
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,428 <sup>a</sup>	2	,040
Razón de verosimilitud	6,876	2	,032
Asociación lineal por lineal	3,339	1	,068
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**TABLA N° 02**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,801 <sup>a</sup>	6	,015
Razón de verosimilitud	18,190	6	,006
N de casos válidos	616		

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	63,856 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	62,274	6	,000
N de casos válidos	616		

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**TABLA N° 03**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,341 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	17,628	2	,000
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25,245 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	23,836	2	,000
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**



**TABLA N° 04**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	107,746 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	78,014	6	,000
Asociación lineal por lineal	2,139	1	,144
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	31,420 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	30,839	6	,000
Asociación lineal por lineal	3,010	1	,083
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**TABLA N° 05**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,913 <sup>a</sup>	4	,012
Razón de verosimilitud	14,390	4	,006
Asociación lineal por lineal	2,169	1	,141
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	27,163 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitud	31,870	4	,000
Asociación lineal por lineal	8,745	1	,003
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**TABLA N° 06**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	32,363 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	32,641	2	,000
Asociación lineal por lineal	9,622	1	,002
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,461 <sup>a</sup>	2	,292
Razón de verosimilitud	2,798	2	,247
Asociación lineal por lineal	1,745	1	,187
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**TABLA N° 07**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	37,842 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	41,705	2	,000
Asociación lineal por lineal	24,668	1	,000
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,515 <sup>a</sup>	2	,002
Razón de verosimilitud	13,072	2	,001
Asociación lineal por lineal	,462	1	,497
N de casos válidos	616		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN  
ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

#### **4.4. Discusión de resultados.**

El profesional de enfermería participa en la calidad de las actividades de cuidados, según lo más oportuno para la posición individual, la educación y el entorno del ejercicio profesional guiado a la atención de los usuarios que demanden de su atención. En el estudio efectuado en la ciudad de Tarma se ha podido encontrar los siguientes resultados de la investigación emprendida. Entre ellos tenemos que las usuarias, principalmente madres se encuentran poco satisfechas en sus expectativas con 36,7% y en su percepción 44,3%. Y que las usuarias, menores de 26 a 35 años de edad están poco satisfechas en sus expectativas con 20,9% y en su percepción las menores de 25 años con 26,8%. La edad es un factor biológico que está relacionado a la experiencia de los usuarios en cuanto a la asistencia a los establecimientos de salud y en su mayoría son madres que manifestaron esa inconformidad y el otro porcentaje probablemente sean personas que acompañaron a los niños como pueden ser; abuelas, tías, etc.,.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia al establecimiento que otorga los servicios de salud, a los prestadores

directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

(17)

Carranza Quispe Fernando y otros autores, 2009. Cuyo título es: “Satisfacción de los Usuarios de los Hospitales del Ministerio de Salud de la Provincia de Ica 2009”. La presente investigación tuvo por objeto evaluar la calidad (satisfacción de las necesidades explícitas e implícitas) de la atención de los hospitales Santa María del Socorro y Hospital de Apoyo Departamental, ambos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Ica, desde la perspectiva del usuario. Y en sus conclusiones reporta que de la evaluación de los elementos relacionados con la oportunidad, valor y atención del servicio encontrados que los principales problemas de calidad de los hospitales del MINSA de la provincia de Ica son: grado de satisfacción del usuario (16.20% se consideraron muy satisfechos); los ambientes de espera no son los más adecuados, el 61% considera que son inadecuados. El tiempo de atención fue de menos de 10 minutos en el 47.96% de los entrevistados, lo que está muy debajo de las normas establecidas a nivel nacional, el trato del personal fue otro factor negativo en la evaluación, pues 13.77% opinó que era malo o muy malo, el tiempo de espera que en porcentaje de 67.30 fue más de una hora, es otro de los aspectos que deben ser rápidamente corregidos lo mismo que la limpieza de los servicios (48.74% opina que es regular a muy malo). <sup>(5)</sup>, este resultado se relaciona indirectamente con lo encontrado en la

investigación.

Las usuarias de sexo femenino están poco satisfechas en sus expectativas con 43,8% y en su percepción el 60,7%. Las usuarias de nivel de estudio secundario están poco satisfechas en sus expectativas con 21,6% y en su percepción el 29,2%. Al respecto Para mejorar la calidad se necesita un cambio de mentalidad, un cambio de actitud en el sentido de hacer cada vez mejor las cosas y esto incluye todos los ámbitos de nuestro desarrollo, es decir, en la familia, en la escuela y en el trabajo. Las estrategias para mejorar la calidad, tienen que ver con el esfuerzo y con la exigencia, éstas son algunas:

La calidad no es sólo satisfacer las expectativas de nuestros padres, maestros, jefes inmediatos o de nuestros Usuarios, sino superarlas. A su vez debe ser un valor compartido por todos los integrantes de la familia, escuela e institución. Así mismo implica asumir compromisos y mejoramientos continuos y permanentes. El mejoramiento continuo se logra a partir de realizar en forma persistente y precisa esfuerzos constantes.<sup>(11)</sup>

El conocimiento de las necesidades actuales y futuras de los Usuarios es el punto de partida en la búsqueda de la excelencia empresarial. Focalizar las necesidades del Usuario consiste en que dichas necesidades estén claras para todos los miembros de la organización. La percepción de la calidad juzgada por el Usuario, se centra en aquellas características o atributos del producto o servicio,

que agregan valor para los Usuarios, elevan su satisfacción, determinan sus preferencias y los tornan fieles a la marca.

La orientación hacia el Usuario requiere también estar al tanto del desarrollo tecnológico, conocer las ofertas de los competidores y, responder de manera rápida y flexible a sus necesidades y expectativas". (21) Hoy en día, el lograr la plena satisfacción del Usuario es uno de los objetivos más importantes.

Las usuarias con tipo de seguro SIS están poco satisfechas en sus expectativas con 35,6% y en su percepción el 45,1%. Las usuarias continuadoras están poco satisfechas en sus expectativas con 38,5% y según su percepción el 44,3% se quedaron poco satisfechas. La satisfacción del Usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del Usuario. El Usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del Usuario son bajas, o si el Usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. (11)

Las usuarias se muestran poco satisfechas con la atención que le brinda el personal técnico de enfermería en el 27,9% en sus expectativas. Y en su percepción el 32,5% de usuarias se muestran poco satisfechas con la atención que le brinda la enfermera. La satisfacción también depende de la calidad del usuario interno y de



la medida en que éstos estén preparados para abordar la atención al paciente el cuál debería de ser con calidad. La satisfacción del Usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del Usuario. El Usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del Usuario son bajas, o si el Usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. <sup>(11)</sup>

Es importante entender los elementos de la satisfacción para que podamos saber cómo nuestros Usuarios definen la calidad de nuestros servicios. Solamente a través de la comprensión de los mismos es que seremos capaces de desarrollar medidas para evaluar nuestro desempeño en el suministro de servicios. <sup>(22)</sup> Estos elementos son la disponibilidad que es el grado con que un servicio de salud está disponible, siempre que los Usuarios lo necesiten. La accesibilidad que es el grado con que el Usuario espera que lo atiendan cuando lo necesita. La cortesía que es el grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el Usuario siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros

y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales. Así mismo la agilidad con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los Usuarios. La confianza con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el Usuario. Y la competencia con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al Usuario. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del Usuario. Y por último la comunicación con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus Usuarios a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento. La comunicación con los Usuarios puede afectar en gran manera el proceso de recuperación. Si un Usuario se siente apartado, desinformado, o en incertidumbre acerca de sus resultados de salud, puede que demore más en recuperarse. De manera clara, la comunicación es vital para proveer satisfacciones con el servicio en el establecimiento hospitalario. Cuando las preguntas que se hacen los Usuarios pueden ser rápidamente tratadas y cuando los Usuarios son consultados con respecto al tipo de atención que recibirán, puede aliviarse sus sentimientos de incertidumbre. Más aún, cuando la naturaleza del tratamiento es explicada claramente, se aumenta la conciencia de los Usuarios y se les sensibiliza acerca de qué deben esperar.

## **CONCLUSIONES**

1. Las usuarias, principalmente madres se encuentran poco satisfechas en sus expectativas con 36,7% y en su percepción 44,3%.
2. Las usuarias, menores de 26 a 35 años de edad están poco satisfechas en sus expectativas con 20,9% y en su percepción las menores de 25 años con 26,8%.
3. Las usuarias de sexo femenino están poco satisfechas en sus expectativas con 43,8% y en su percepción el 60,7%.
4. Las usuarias de nivel de estudio secundario están poco satisfechas en sus expectativas con 21,6% y en su percepción el 29,2%.
5. Las usuarias con tipo de seguro SIS están poco satisfechas en sus expectativas con 35,6% y en su percepción el 45,1%.

6. Las usuarias continuadoras están poco satisfechas en sus expectativas con 38,5% y según su percepción el 44,3% se quedaron poco satisfechas.
7. Las usuarias se muestran poco satisfechas con la atención que le brinda el personal técnico de enfermería en el 27,9% en sus expectativas. Y en su percepción el 32,5% de usuarias se muestran poco satisfechas con la atención que le brinda la enfermera.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal de enfermería que labora en el Programa de CRED mejore la atención al paciente que demanda al servicio, porque de ella dependerá evitar la deserción al control y a la vacunación de los menores de 5 años.
2. A la Jefa del Departamento de enfermería se sugiere que el personal que atiende en este servicio deben de ser especialistas en el manejo del programa para mejorar la calidad de atención en este servicio.
3. El personal de enfermería debe estar en continua capacitación y supervisión en servicio, y así mismo se debe establecer un límite de atención al usuario para que se mejore el trato y se dé mejor atención a los usuarios.
4. Se sugiere la implementación del Programa CRED con más recursos humanos y capacitados para que respalden la atención en el Programa de CRED de la Red de Salud Tarma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anda G. Cuauhtémoc. Administración y Calidad.3a ed. México: Limusa S.A; 2001.
2. Ardowin J Bustos CL, Jarpa M. La Jerarquía de las Necesidades; julio 2010.
3. Ariza O. Claudia. Administración de los Servicios de Enfermería. Lima, Perú: 1999.
4. Bedregal G. Paula, Quezada V. Margarita, Torres H. Marisa, Scharager G. Judit, García O. José. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. 2002.
5. Cabarcas Ortega, Itza Nirva, Ortega Díaz, Gina. "Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una Institución de Salud de la ciudad de Cartagena". Colombia. 2007.
6. Cantu Delgado H. Desarrollo de una Cultura de Calidad. 2a ed. México: Ed S.A.; 2000.
7. Carranza F., Sanchez T., Cecarelli J., Neyra J. Satisfacción de los

- Usuarios de los Hospitales del Ministerio de Salud. Ica Perú; 2002.
8. Castillo Edelmira, Chesla, Catherine A. y otros; "Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer". Colombia; 2009.
  9. Castro Prieto, Melvin Ricalde. Villagarcía Zecereda, Hugo. Saco Méndez, Santiago. "Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital Antonio Lorena". 2009.
  10. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Módulo II (Planeamiento y Gerencia de la Calidad) Lima, Perú; 2005.
  11. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo IV (Indicadores de Gestión): Lima, Perú; 2005.
  12. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos Módulo V (Mejoramiento de la Satisfacción del Usuario) Lima, Perú; 2005.
  13. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos Módulo I (Modelo de Gestión de la Calidad) Lima, Perú; 2005.
  14. Chiavenato. Idalberto. Gestión del Talento Humano. Bogotá, Colombia: Ed. Mc Graw Hill; 2003.
  15. Cornejo R. Miguel A. Excelencia la nueva competencia. México: 2006 .

16. David Keith y Col. Comportamiento Humano en el Trabajo. 8a ed. México: Ed. Litográfica Ingramex; 1997.
17. García C., Sierra D. Grado de Satisfacción del Usuario en los Consultorios de Crecimiento y Desarrollo. Centros de Salud. (Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería) UNSA – Arequipa, Perú; 2002.
18. García Peña Claudia. “Motivación y la satisfacción laboral”. Estudio ex post facto; 2009.
19. Gauntlett P., Beare J., L. Myers. El Tratado de Enfermería Mosby. 3ª . España: Ed Harcourt Brace; 1998.
20. González Castillo, Blanca Irma, López Rojas, Pablo y otros “Satisfacción del usuario de los servicios de salud”. 2002.
21. Huber, Diane – Liderazgo y Administración en Enfermería. México: Ed. Mc Graw Hill. Interamericana; 1999.
22. Iyer P., Taptich B., Bernocchi D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2a ed. España. Ed. Interamericana Mc Graw Hill; 1998.
23. Jamen C. Coleman., Jamen N., Butcher. Robert C., Carson. Psicología de la Anormalidad y Vida. 2ª ed. México: Ed. Trillas; 1999.
24. Kozier b., Erb. Glenora, Olivieri R. Enfermería Fundamental. 4ª ed. España: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.
25. Leebow W. Manual de los Administradores de Salud para el mejoramiento continuo. Colombia: Ed. Guadalupe; 1997.
26. Lexus. Editores. Manual de Enfermería. Madrid, España: Ed Diorki;



2003.

27. Lizarzabal García, Maribel. Añez Marianela y Romero Gisela. "Calidad en atención sanitaria".2004.
28. Lizarzabal M., Añez M., Romero G. La Satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología.Maracaibo, Venezuela.
29. Margo Peteguer R. Expectativas y Satisfacción de los Usuarios de Atención Primaria (Tesis Posgrado). Guadalajara; México 2000.
30. Marrimer A., Tomey – Manual para Administración de Enfermería. 4<sup>a</sup> ed. México: Ed. Interamericana; 1998.
31. Meneses Raúl. La Educación en el Umbral del Siglo XXI. Lima, Perú: Ed. Proserva; 2003.
32. Miller F., Newman J., Murphy G., Mariani E. La Resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad. E.U.A.: 1997 p. 1-4.
33. Ministerio de Salud (MINSAs). Dirección de Gerencia de la Calidad y Acreditación. Standares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud. Lima, Perú; Julio 2002.
34. Ministerio de Salud (MINSAs). Proyecto de Salud Materno Perinatal . Manual de Comunicación Interpersonal para la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Usuarios. Lima, Perú: Ed. Gráfica S.A.; 2006.
35. Ministerio de Salud (MINSAs). Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en Salud. Guía Metodológica para la elaboración del Programa de Gestión de la Calidad. Lima, Perú;2002.

36. Mogollon C., Pinto Z. Comunicación Terapéutica en la Satisfacción de las Necesidades de los Enfermos en el Postoperatorio Inmediato. Maracay, Venezuela.
37. Muñoz A. Evaluación de la Calidad de Atención expresada por el Usuario en el Servicio de Emergencia. Hospital Regional "Honorio Delgado" (tesis posgrado) UNSA. Arequipa, Perú 1997.
38. Pérez Cárdenas Md; Rodríguez Gómez M. Fernández Herranz AI; Catalán González M. ; Montejo González JC; "Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos". 2004.
39. Pérez Cuevas Ricardo, Libreros Vita, Reyes Sandra, y otros, "Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. 2009.
40. Potter P. Fundamentos de Enfermería. 5ª ed. España; Ed. Harcourt/Océano: 2003.
41. Potter P. Fundamentos de Enfermería. 3ª ed. España: Ed. Harcourt; 1998.
42. Remuzgo Antezana A. Nivel de Satisfacción del Usuario Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(os) en el Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen (Tesis Lic. en Enfermería). UNM San Marcos. Lima, Perú; 2010.
43. Robbins Stephen. Comportamiento Organizacional. 8ª ed. México;

- Ed. Tipográfica Barsa: 1998.
44. Ruelas BM. Los Paradigmas de la Calidad en la Atención Médica Proyecto 2000. Ministerio de Salud. México Interamericana 2000.
  45. Sanchez F. y Colaboradores. Guía de intervención de Enfermería basada en la evidencia científica Gerencia. Colombia: Ed. Carreta; 1998.
  46. Seclén Palacin Juan, Darras Christian. “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores socio demográficos y de accesibilidad asociados”. Perú, 2000.
  47. Smith D., German C. Enfermería Médico Quirúrgica. 4ª ed. México: Ed. Interamericana S.A.; 1997.
  48. Tarco Delgado, Rigel. Saco Mendez, Santiago y otros de su estudio. “Grado de satisfacción laboral del usuario interno en los establecimientos de salud “ Quispicanchi - Acomayo – Cusco; 2002.
  49. Vera Pinto, MC., Villafuerte N. Satisfacción del Usuario en la Atención Postoperatoria brindada por la Enfermera. Servicio de Cirugía mujeres H.R.H.D.A. (Tesis para optar el título de licenciado en enfermería). UNSA Arequipa, Perú; 2002.
  50. Zas R. Bárbara. La Satisfacción como indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios. Cuba: 2010.

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
UNIDAD DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ANEXO N° 01**

**CUESTIONARIO**

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE  
A LA ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED**

**I. PRESENTACION:**

Estimado Sr. (a), tenga nuestro cordial saludo: estamos desarrollando un proyecto de investigación sobre el: **“Nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED”**

**II. INSTRUCCIONES:**

A continuación le planteamos una serie de preguntas con varias alternativas de respuestas, y marque con una (x) en el recuadro que crea correspondiente.

**III. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar las expectativas del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.
- Identificar la percepción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.

**IV. DATOS GENERALES:**

<b>PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE LOS USUARIOS EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA RED DE SALUD TARMA</b>		
<b>Fecha:</b>	<b>Hora inicio:</b>	<b>Hora de final:</b>
<b>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</b>		
Condición del encuestado:	Madre	1
	Acompañante	2
Edad en años:	_____	
Sexo:	Masculino	1
	Femenino	2

Nivel de estudios:	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitario	5
Tipo de seguro por el cual se atiende:	SIS	1
	SOT	2
	Ninguno	3
	Otros	4
		1
Tipo de usuario:	Nuevo	
	Continuador	2
Personal que lo atendió	Enfermera	1
	Técnica de enfermería	2

## V. DATOS ESPECIFICOS:

### EXPECTATIVAS DEL USUARIO.

Nº	ITEMS	Si	A veces	No
1	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas			
2	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada			
3	Que la atención por la enfermera u otro profesional se realice según el horario publicado en el establecimiento de salud.			
4	Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes			
5	Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico			
6	Que la atención en el área de triaje sea rápida			
7	Que la atención en el área de admisión sea rápida			
8	Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto			
9	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad			
10	Qué la enfermera le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud			
11	Que la enfermera u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso			
12	Que la enfermera u otro profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud			
13	Que la enfermera u otro profesional que le atenderá le			

	inspire confianza			
14	Que la enfermera u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia			
15	Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia			
16	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia			
17	Que usted comprenda la explicación que le brindará la enfermera u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención			
18	Que usted comprenda la explicación que la enfermera u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud			
19	Que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes			
20	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes			
21	Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes			
22	Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención			

#### PERCEPCION DEL USUARIO.

Nº	ITEMS	Si	A veces	No
1	¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?			
2	¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?			
3	¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?			
4	¿Cuándo usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?			
5	¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?			
6	¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida?			
7	¿La atención en el área de admisión fue rápida?			
8	¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio de CRED fue corto?			
9	¿Cuándo usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?			
10	¿Durante su atención en el consultorio se respetó la privacidad de su niño?			
11	¿La enfermera que atendió a su niño le realizó un examen completo y minucioso a su niño?			
12	¿La enfermera que atendió a su niño, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?			
13	¿La enfermera que atendió a su niño le inspiró			

	confianza?			
14	¿La enfermera que atendió a su niño, le trató con amabilidad, respeto y paciencia?			
15	¿El personal de triaje le trató con amabilidad, respeto y paciencia?			
16	¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?			
17	¿Usted comprendió la explicación que le brindó la enfermera sobre la salud de su niño?			
18	¿Usted comprendió la explicación que la enfermera le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?			
19	¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?			
20	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?			
21	¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?			
22	¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?			

**VALORACIÓN:**

Si = Satisfecho.

A veces = Poco satisfecho.

No = Insatisfecho.



## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO FRENTE A LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRED EN LA RED DE SALUD DE TARMA 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p style="text-align: center;">0</p> <p><b>Problema principal:</b> ¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?</p> <p><b>Problema específico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las expectativas del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?</li> <li>• ¿Cuál es la percepción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014?</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma 2014.</p> <p><b>Objetivo específico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las expectativas del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.</li> <li>• Identificar la percepción del usuario externo frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general:</b> El nivel de satisfacción del usuario externo es favorable frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.</p> <p><b>Hipótesis específico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las expectativas del usuario externo es favorable frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.</li> <li>• La percepción del usuario externo es favorable frente a la atención en el programa de CRED en la Red de Salud de Tarma.</li> </ul>	<p><b>Variable Dependiente:</b> Satisfacción del Usuario.</p> <p><b>Variable Independiente</b></p> <p><b>Calidad de atención</b></p>	<p><b>Tipo de Investigación</b> El tipo de investigación es el cuantitativo, descriptivo exploratorio, transversal</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño y esquema de la Investigación</b> El diseño de investigación será el simple.</p>	<p><b>Población:</b> La población observada estará constituido por los profesionales de enfermería que laboran en el programa de CRED de la Red de Salud de Tarma y la población objeto de investigación serán las madres de los niños que acuden al control. La población estimada está calculada en función a la demanda al Control de CRED y que mensualmente es de 1440 niños en un mes entre las edades de 1 a 5 años.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra de estudio estará conformada por 616 madres de familia, este tamaño es calculado aplicando el paquete estadístico Stats V1.1, y el tipo de muestreo será el no probabilístico intencional.</p>