

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN - HUANUCO

ESCUELA DE POST GRADO



TITULO DE LA TESIS

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL PROGRAMA MEDICO DE LA FAMILIA - ASENTAMIENTO HUMANO JUSTICIA PAZ Y VIDA”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER

MENCIÓN: Administración y Gerencia de Salud.

TESISTA:

JESÚS PAÚL MARTÍNEZ ARROYO

ASESOR:

VÍCTOR FLORES AYALA

HUÁNUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

*A Dios por guiar mis pasos en la vida,
darme salud y por permitirme cumplir otra
meta más en mi vida profesional*

*A Jesús Felipe y Nancy Adda, mis padres, pilares
fundamentales en mi vida, fuente inagotable de
amor, enseñanza, fortaleza, comprensión,
incondicionalidad, consejos, lucha y felicidad.*

*A Rosita, mi esposa, por su amor, compañía sin
fin, comprensión y tenacidad en momentos de
declive y cansancio.*

*A Alain Jonhanatan y Karla Ingrid,
mis hermanos, por su amor, amistad y
vivencias compartidas.*

A ellos, mi amor, lealtad, gratitud y vida.

AGRADECIMIENTO

Me gustaría aprovechar estas líneas para expresar mi más hondo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al Maestro Víctor Flores Ayala, asesor de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido. Extiendo mi gratitud a los usuarios del Programa Médico de la Familia del Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida – Huancayo ya que sin ellos no habría sido posible ésta investigación. Un agradecimiento muy especial merece el ánimo recibido por mi familia y amigos.

A todos, muchas gracias.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo Identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del Programa Medico de la Familia - Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida. Para controlar las variables se aplicaron los criterios de exclusión atendiéndose a una muestra de 196 usuarias desde Julio a Diciembre del 2013. Diseño de estudio no experimental; tipo transversal, relacional, se usó las medidas de frecuencia, porcentaje y el valor “p” de significancia 0.05 y el estadístico Chi cuadrado. Los datos fueron recopilados mediante un cuestionario, basado en el modelo de Donabedian, considerando las dimensiones de estructura, proceso y resultado. Como resultado se observó que los factores individuales obtuvo el $X^2 = 17,786$ con $gl=4$ y una significancia de 0.001 demostrando su influencia en la dimensión resultado. Por otro lado, el factor familiar obtuvo el $X^2 = 19,946$ con $gl=8$ y una significancia de 0.011 demostrando su influencia en la dimensión estructura, y el $X^2 = 23,084$ con $gl=8$ y una significancia de 0.003 demostrando su influencia en la dimensión proceso. Finalmente, el factor de servicio de la salud obtuvo el $X^2 = 12,317$ con $gl=6$ y una significancia de 0.055 demostrando no tener influencia en las tres dimensiones. En conclusión, se obtuvo el $X^2 = 16,003$ con $gl=4$ y una significancia de 0.003, demostrándose que los factores individuales, familiares y de servicio de salud influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del Programa Medico de la Familia.

Palabras clave: Factores individuales, familiares, servicio de salud, Percepción de la calidad de atención.

ABSTRACT

The research aimed to identify factors that influence the perception of the quality of care of users of the Family Medical Program - Human Settlement Justice Peace and Life. To control variables exclusion criteria being able to attend a sample of 196 users from July to December 2013. Design of non-experimental study was applied; transversal, relational, type the measured frequency, percentage and "p" value of 0.05 and statistical significance Ji square was used. Data were collected through a questionnaire, based on the Donabedian model, considering the dimensions of structure, process and outcome. As a result it was observed that the individual factors obtained with $X^2 = 17.786$, $df = 4$ and a significance of 0.001 demonstrating his influence on the outcome dimension. On the other hand, the family factor obtained with $X^2 = 19.946$, $df = 8$ and a significance of 0.011 demonstrating their influence on the structure dimension, and $X^2 = 23.084$, $df = 8$ and with a significance of 0.003 demonstrating their influence on the process dimension. Finally, the service factor of health obtained with $X^2 = 12,317$ $df = 6$ and a significance of 0.055 demonstrating no influence in all three dimensions. In conclusion, $X^2 = 16,003$ won with $df = 4$ and a significance of 0.003, showing that the individual, family and health services influence the perception of the quality of care of users of the Family Medical Program.

Keywords: Individual, family, health service, perception of quality of care.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
	Pág.
 CAPITULO I	
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Fundamentación del problema de investigación.....	01
1.2. Formulación del problema.....	03
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.....	03
1.4. Justificación e importancia del estudio.....	04
1.5. Hipótesis.....	06
1.6. Variables.....	07
1.7. Operacionalización de variables.....	08
 CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio.....	10
2.2. Bases teóricas.....	28
2.3. Bases conceptuales.....	61
2.4. Bases epistémicas.....	61
 CAPITULO III	
3. MARCO METODOLOGICO	
3.1. Tipo de estudio.....	62
3.2. Diseño y esquema de investigación.....	62
3.3. Ámbito de estudio.....	63
3.4. Población y muestra.....	64
3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	65
3.6. Análisis e interpretación de datos.....	68
 CAPITULO IV	
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO	
4.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	71
4.2. Análisis inferencial de los resultados.....	84
4.3. Discusión de resultados.....	91
 CONCLUSIONES	
 RECOMENDACIONES	
 BIBLIOGRAFÍA	
 ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución según género y grupo étnico de los usuarios del Programa Médico de la Familia AAHH. Justicia, Paz y Vida	71
Tabla 2. Distribución según estado civil de los usuarios del Programa Médico de la Familia AAHH JPV.....	73
Tabla 3. Distribución según el grado de instrucción de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV	74
Tabla 4. Distribución según ocupación de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	75
Tabla 5. Según ingreso económico mensual de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV	76
Tabla 6. Tipo de familia según motivo de atención de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	77
Tabla 7. Tiempo de atención según lugar de atención de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV	78
Tabla 8. Percepción de la calidad de atención de los usuarios según las dimensiones de la calidad en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	79
Tabla 9. Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en la estructura: oportunidad según seguridad en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	80
Tabla 10. Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en el proceso: eficacia según integralidad en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	81
Tabla 11. Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en el proceso: accesibilidad según participación social en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	82
Tabla 12. Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en el resultado: información completa según satisfacción del usuario en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.....	83
Tabla 13. Contraste de la razón de verosimilitud: Factores individuales que se relacionan con la percepción de la calidad de atención a los usuarios.....	84
Tabla 14. Contraste de la razón de verosimilitud: Factores familiares que se relacionan con la percepción de la calidad de atención a los usuarios.....	86
Tabla 15. Chi cuadrado y Contraste de la razón de verosimilitud: Factores servicio de la salud que se relacionan con la percepción de la calidad de atención a los usuarios.....	87
Tabla 16. Contraste de la razón de verosimilitud: Factores individual, familiar y servicio de salud que se relacionan con la percepción de la calidad de atención.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución según género y grupo etáreo de los usuarios del Programa Médico de la Familia AAHH. Justicia, Paz y Vida	72
Gráfico 2. Nivel de presencia de los factores que se relacionan con la percepción de la calidad de atención	90

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Carta de presentacion	105
Anexo 2. Consentimiento informado.....	106
Anexo 3. Cuestionario.....	107

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

En la actualidad se tiene gran preocupación por la presencia de enfermedades en la población sobre todo en los países en vía de desarrollo, pero es evidente que el desarrollo de programas de salud viene siendo un motivo de preocupación para los gobiernos. Por ello, hoy en día, la transformación de la asistencia sanitaria está en marcha y parte por los vendedores de mercado a los consumidores de mercado en el que la percepción de las necesidades del paciente es parte de la definición de la calidad de atención.

Uno de los objetivos de los establecimientos de salud es el de servir al paciente, es decir, el profesional de la salud atiende al paciente tanto de forma física y emocional, haciéndose de suma importancia el retroalimentarse constantemente con la información vertida por los pacientes sobre el servicio que reciben, ya que esta información permite resolver aquellos problemas existentes en la organización que de un modo u otro afectan la imagen del servicio prestado.

Es una preocupación de las autoridades el dar a conocer como marcha la labor de los servicios de salud y cuál es la insatisfacción, necesidades y percepciones de los usuarios acerca de la atención recibida, también es útil diseñar programas de planificación, evaluación e identificación de áreas de mejora ya que esta información está inmersa en la calidad de

atención. Sin embargo, el concepto de percepción de la calidad de atención por parte del usuario es un complicado fenómeno que se relaciona con muchas y diferentes variables y su medición representa un importante desafío, cabe resaltar que no existen estudios que hayan logrado examinar la percepción de la calidad de atención del Programa Médico de la Familia. El asentamiento humano Justicia Paz y Vida tiene una población de 9 252 habitantes distribuido en 13 sectores y se ha implementado el Programa Médico de la Familia el cual desarrolla labores de atención primaria de salud a los pobladores y reportan un número de usuarios de 6252 durante el último semestre, por ello el propósito del estudio es determinar las características sociodemográficas de la población del asentamiento humano justicia paz y vida que influyen en la percepción de la calidad de atención del programa médico de la familia.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención a los usuarios del Programa Medico de la Familia - Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida?

1.3. Objetivo General y objetivos específicos.

1.3.1. Objetivo General.

Identificar los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del Programa Medico de la Familia - Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida.

1.3.2. Objetivo Específico.

- Identificar la presencia de los factores que se relacionan con la calidad de atención.
- Identificar los factores individuales que influyen en la percepción de la calidad de atención con respecto a las dimensiones estructura, proceso y resultado.
- Identificar los factores familiares que influyen en la percepción de la calidad de atención con respecto a las dimensiones estructura, proceso y resultado.
- Identificar los factores de servicio de salud que influyen en la percepción de la calidad de atención con respecto a las dimensiones estructura, proceso y resultado.

1.4. Justificación e importancia del estudio.

1.4.1. Práctica

Un aspecto del ámbito general de la atención sanitaria que valoran mucho los usuarios es la relación personal con el proveedor, incluso por encima de competencias más técnicas. El aspecto más y tal vez mejor estudiado de los diferentes componentes de la relación médico-paciente es el comunicativo. Se puede decir que existen estilos de comunicación, lo que se asocia positivamente con la satisfacción y otros resultados de la consulta. Sin embargo, las mediciones de la percepción de la calidad comunicativa de la relación médico paciente están a menudo limitadas por la tendencia a dar respuestas

tolerantes, es decir la tendencia de los pacientes a mostrarse satisfechos sin tener en cuenta el contenido o incluso aún con interacciones comunicativamente deficientes. La evaluación de la satisfacción y calidad de la atención en los últimos años es parte fundamental para el profesional de la salud ya que depende de esto para que su servicio se recomiende debido a que este permitirá organizar los componentes de la atención que identifican indicadores útiles que propondrán procesos más responsables de los resultados en términos de eficacia e impacto. El estudio es importante porque parte de hacer un diagnóstico del Programa Médico de la Familia, debido a que hasta el momento no se han realizado estudios semejantes en esta población y se desconoce cómo perciben los usuarios la calidad y la medida de esta, para poder brindar mejoras al programa o sugerir una estrategia diseñada a partir de un diagnóstico de la atención que recibe la población

1.4.2. Social

Es necesario conocer las perspectivas que tienen los usuarios frente a los servicios de atención que reciben, la población del Asentamiento Humano Justicia Paz y vida a lo largo de estos años desde la formación de su comunidad y residencia de los habitantes espera eso y es una gran preocupación en el sentido de poder brindarles una mejor calidad de vida, por ello lograron contar con un centro de salud que se inició con un mínimo de atención de servicios a la población lo cual fue mejorando con la ampliación de sus coberturas y atenciones, debido a que la población iba creciendo en cantidad, esto

fue una preocupación para las autoridades debido a que se tenía en proyectos los programas de salud y uno de ellos era el médico de la familia, que se llegó a implantar el 01 de junio del 2011 y desde entonces no se ha podido evaluar cómo perciben los pobladores sobre la atención que tienen y si este programa, partiendo de una evaluación pueda brindar y satisfacer las expectativas de la población del Asentamiento Humano Justicia Paz y vida, lo que este estudio logrará es dar a conocer estos aspectos a estudiar y que la población pueda recibir un mayor beneficio de la atención.

1.5. Viabilidad

Esta investigación es factible, ya que es realizada en los módulos de atención del Programa Médico de la Familia, donde no exista una investigación con el mismo planteamiento del problema, que nos permitan el acceso a sus instalaciones para el levantamiento de información y aplicación de encuestas a los usuarios. Se cuenta con los recursos financieros, humanos y materiales que debemos requerir de acuerdo a los objetivos planteados.

1.6. Limitaciones

Al ser una investigación personal, cabe señalar, que no se pudo ampliar y desarrollar los factores que influyen en la percepción por parte del profesional de la salud, ya que no se cuenta con el presupuesto.

1.7. Hipótesis.

1.7.1. Hipótesis General.

H_i: Los factores individuales, familiares y del servicio de salud influyen en la percepción de la calidad de atención en los usuarios del Programa Medico de la Familia - Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida.

H₀: Los factores individuales, familiares y del servicio de salud no influyen en la percepción de la calidad de atención en los usuarios del Programa Medico de la Familia - Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida.

1.7.2. Hipótesis Específicas.

H_i: Existen factores individuales, familiares y del servicio de salud que influyen en la percepción de la calidad de atención con respecto a la estructura, proceso y resultado.

H₀: Existen factores individuales, familiares y del servicio de salud que no influyen en la percepción de la calidad de atención con respecto a la estructura, proceso y resultado.

1.8. Variables.

1.8.1. Variable Independiente.

Factores (Individuales, Familiares y del Servicio de salud).

1.8.2. Variable Dependiente.

Percepción de la calidad de atención.

1.8.3. Variable Interviniente.

Ocupación, Religión.

1.9. Operacionalización de variables.

TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	DEFINICION DE DIMENSION	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
FACTOR	Variable o conjunto de variables que se encuentran relacionadas con o que explican el resultado de otra variable	FACTORES INDIVIDUALES	Conjunto de características propias de la persona que están presentes en la población sujeta de estudio.	Edad	Grupo etareo
				Genero	Características femeninas o masculinas
				Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
				Grado de Instrucción	Grado más elevado de estudios
				Tipo laboral	Vínculo de trabajo entre el empleador y el empleado .
				Nivel de ingresos	Caudales que ingresan en poder de una persona
		FACTORES FAMILIARES	Forma en que está constituida la familia, ambiente, conducta y concepción del proceso salud-familiar presentes en la población sujeta de estudio.	Tipo de Familia	Miembros que conforman la familia
				Tipo de enfermedad	Proceso salud-enfermedad en relación al tiempo.
		FACTORES DEL SERVICIO DE SALUD	Conjunto de características propias del establecimiento de salud que brinda la atención al usuario presentes en el estudio.	Espacio de atención	Espacio en el cual se brinda la atención
				Tiempo de atención	Duración de la atención

TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	DEFINICION DE DIMENSION	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
Percepcion de la Calidad de atencion	Es la idea o comprensión que experimenta el paciente con respecto al servicio que se le brinda en el Programa Médico de Familia	ESTRUCTURA	Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.	Oportunidad	Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población.
				Seguridad	Condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.
		PROCESO	Lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo	Eficacia	Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva
				Accesibilidad	Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las
				Integralidad	Acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud
				Trabajo en equipo	Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados
				Participacion Social	Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.
		RESULTADO	Variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.	Respeto al paciente	Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
				Informacion Completa	Provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud.
				Satisfaccion del usuario	Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera y lo que percibe de los servicios de salud.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.

2.1.1. A nivel internacional.

Lara H. (2008), en 1941, Vásquez López E. (2005) Realizo un estudio sobre la EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN UN GRUPO DE MÉDICOS FAMILIARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO; El control prenatal es una herramienta en la que se practica uno de los preceptos básicos de la medicina familiar: atención longitudinal y continua del paciente y la familia. La medicina preventiva en la atención prenatal, cumple la función de evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar patologías en fases iniciales y ofrecer el tratamiento oportuno, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal. Esta investigación tuvo la finalidad de evaluar la calidad de la atención prenatal, que reciben las pacientes embarazadas que acuden a una clínica de medicina familiar, mediante un instrumento de evaluación creado a partir de la norma oficial mexicana. Fue un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo. Realizado en los meses de diciembre de 2002 a febrero de 2003, se incluyeron a gestantes que acudieron a control prenatal por lo menos en una ocasión; registro y nombre legible de pacientes con el diagnóstico de embarazo, anotadas en las hojas de informe diario de labores del médico. Se analizó 150 historias, la edad promedio fue de 30.7 años con una mínima de 17

años y máxima de 42. La historia clínica completa, se realizó al 5 % de las pacientes. La primera consulta, la recibieron con más frecuencia en la semana de gestación 11 y 12. El total de consultas vario desde una consulta hasta 13 por embarazada, con una media de cuatro consultas. La medición de talla desde la primera atención prenatal, se realizó en 120 gestantes. El primer examen general de orina, se realizó con más frecuencia en la semana 12 y 16 de embarazo, La determinación del grupo sanguíneo desde la primera consulta, se determinó a 37 (24 %) de las pacientes y de estas se realizaron con mayor frecuencia en la semana 12. La determinación de biometría hemática, se consignó en el 32% de las pacientes.

La determinación de VDRL desde la primera consulta prenatal se redactó en el expediente en 24% de las pacientes. La aplicación del toxoide tetánico desde la primera consulta prenatal, se señaló en 19 %. La administración de hierro oral desde la primera consulta prenatal, se indicó en el 73 %; la administración de medicamentos antes de la semana 14 se evitó en el 35 %. El uso del carnet perinatal se utilizó en 5% de los casos. El registro de orientación nutricional se realizó en el 88 % de los casos. En el 99% de las pacientes nunca se le sugirió acudir acompañada de algún familiar. El registro de promoción de lactancia materna en el 8%. El registro de orientación sobre planificación familiar en el 11 %. Las explicaciones relativas a las medidas de autocuidado en el 89.3 %, la valoración del fondo uterino a partir de la semana 12 en el 79%. La valoración de la frecuencia cardiaca fetal se escuchó a partir de la semana 18 de

gestación en 73%. La toma de la presión arterial, se observó en 89%. Se determinaron las características propias de las embarazadas, dividiendo a las mujeres en dos grupos: aquellas que acudieron a control antes de la semana 20 y las que acudieron después de la 21 semana de gestación. La revisión de expedientes proporciona información sobre las características propias de la atención médica, evitando el sesgo de información por parte del médico o de la paciente, que pueden responder a conveniencia propia o de manera prejuiciosa. Existió un porcentaje alto de embarazadas que acudieron en etapas finales del embarazo o en una sola ocasión, acto que limitó la atención de manera adecuada. Se encontraron diferencias en las actividades entre los dos grupos de embarazadas que se compararon, con una tendencia meritoria hacia el grupo que acudió de manera precoz, lo que confirma la hipótesis de que entre más temprano se realice el control prenatal mejor será la posibilidad de brindar un adecuada atención, con mucho éxito en la conclusión del embarazo, mejorando así el bienestar materno-infantil. Menciona que se debería dar la importancia que merece la primera consulta prenatal y la relación médico-paciente satisfactoria, a fin de fortalecer la continuidad de la atención esencia de la medicina familiar.

Motilla Fraile M. y colaboradores (2008) Desarrollaron un estudio sobre ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia?; tuvieron como objetivo conocer: qué cualidades del Médico de Familia son más valoradas por los pacientes y en qué medida son cumplidas por aquéllos.

Fue un estudio descriptivo, de corte transversal. La población fueron todas las personas mayores de 14 años adscritas a algún médico de familia del Área de Salud de Toledo. Se excluyeron del estudio a aquellas personas con deterioro cognitivo o no hispanoparlantes. El muestreo se realizó de forma aleatoria sistematizada, utilizando como base de datos el listado de tarjetas sanitarias. La recogida de datos se realizó mediante entrevista telefónica, por los propios investigadores. Para valorar la opinión del usuario se diseñó una encuesta ad hoc cuyos ítems recogían aspectos considerados como características relevantes que debería presentar un médico. En cada ítem se valoraba el grado en que el paciente lo consideraba como importante y el grado en que el paciente consideraba que su médico cumplía dicha característica. La entrevista también recogía una serie de variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, y la presencia de enfermedades crónicas. También se interrogaba sobre la utilización de la consulta de su médico de familia en el último año.

Contactaron a 216 individuos, de los cuales aceptaron participar 161 (74,5%). La edad media de los participantes fue de 42,6 años (DE 16,6). El 55,7% fueron mujeres. El 17,7% no tenía estudios, el 38,6% primarios, el 27,8% secundarios y el 15,8% universitarios. El 58,9% estaban casados o emparejados. El 45,6% de ellos residía en una localidad de más de 10.000 habitantes, el resto en zona rural. El 69,7% tenía alguna enfermedad crónica. El 38,6% de ellos había acudido a su médico en el último mes, mientras que el 90,4% lo había

hecho en el último Las características más valoradas de los médicos de familia fueron la 'confiabilidad' (9,4 puntos sobre 10) y el 'trato respetuoso' (9,3), mientras que las menos valoradas fueron la 'participación en la toma de decisiones' (7,9) y la 'aceptación de pruebas demandadas por el paciente' (8,0). Al analizar este perfil según sexo, edad y presencia de enfermedades crónicas mantiene el orden de valoración. El análisis por nivel de estudios, hábitat y estado civil no encontró diferencias importantes.

Respecto al grado de cumplimiento de dichas cualidades destacan el 'trato respetuoso' (8,7 sobre 10) y 'confiabilidad' (8,3), mientras que los que menor grado de cumplimiento tienen son el 'cumplimiento de horarios' (6,4) y la 'participación en la toma de decisiones (7,1).

Vena M. (2011), Describe en su estudio sobre Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado; El proceso de Embarazo, Parto y Puerperio se define como aquel que tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Las mujeres embarazadas se muestran más satisfechas con la atención brindada por médicos de atención primaria y matronas. La OMS determina que la morbilidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control del embarazo, a un número suficiente de controles y a una adecuada

atención durante el parto. Las madres reclaman una atención más acorde con la fisiología del parto, un proceso que en el 90% de los casos se desarrolla de forma normal sin necesitar teóricamente ningún tipo de intervención. La posición vertical (en cuclillas o en genupectoral) favorece el parto ampliando la salida y acortando en longitud el canal vaginal, permitiendo a su vez, que las articulaciones de la cadera se amplíen más, que la fuerza de gravedad actúen en el descenso disminuyendo el número de desgarros y favoreciendo que el recién nacido encuentre su camino. Estudio con diseño descriptivo transversal en mujeres que han dado a luz en el año 2008 de las áreas sanitarias. Se incluyeron a Gestantes del Programa de Control de Embarazo mediante el registro en Diraya; de bajo riesgo excluyéndose a gestantes que presentan alguna enfermedad crónica o patología previa o asociada durante el embarazo que precise un seguimiento especializado por parte del servicio de embarazo de alto riesgo. El modelo de muestreo fue consecutivo; considero variables como la información sociodemográficas y las características ligadas al embarazo: edad, nivel cultural, actividad profesional, zona de residencia, estabilidad de la pareja, deseo del embarazo, embarazos previos, riesgo durante el embarazo, presencia de complicaciones, ámbito sanitario en el que se realizó el seguimiento del embarazo. Utilizó un cuestionario de satisfacción de 29 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: equipamiento, accesibilidad, organización de la consulta y atención, y competencia profesional. Este cuestionario fue anónimo y se entregó a las embarazadas en la primera visita

postparto. Se recogieron un total de 170 encuestas. La edad media: 24.5 años. 13.5% tenían estudios primarios, 31.2% estudios secundarios, 32.9% FP y 22.4% eran universitarias. El 64.7% de las mujeres seguían una actividad laboral, y un 69.4% tenían pareja estable. El 80% de los embarazos eran deseados y 57.8% habían tenido embarazo previos, 41.2% no han tenido embarazos previos. 80% de las entrevistadas estaban muy o bastante satisfechas con el equipamiento de los centros, mientras un 15% lo estaba poco y un 3% nada. En cuanto a la accesibilidad la mayoría mostraban un alto grado de satisfacción, un 25.3% se mostraron poco satisfechas por el tiempo de espera previa a la cita. Más del 10% tuvieron sensación que se les trataba con prisa y estaban muy insatisfechas con las interrupciones durante la visita. Con respecto al trato que recibieron por parte del personal más del 80 % mostraron un alto grado de satisfacción. En cuanto a la predisposición para un parto más fisiológico había un 50% de las embarazadas que mostraban un alto interés, un 25.6% algo y un 14.4% nada. El seguimiento y control de embarazo de bajo riesgo es una de las labores Protocolizadas en los centros de Salud Pública. Las mujeres parecen estar bastante satisfechas con el equipamiento de las consultas y los centros de salud; la accesibilidad muestra mayor grado de insatisfacción y podría deberse a dificultades para obtener la cita y a la alta densidad poblacional.

Medina Lorente G. y colaboradores, (1998) realizaron un estudio sobre la Satisfacción de la Población con El Médico de la Familia, menciona que a partir de una institución que realizo medicina integral preventivo-curativa se multiplicaron los policlínicos integrales por todo el país cubano, ante el cambio en el estado de salud de la población cubana surge el modelo de la medicina en la comunidad, con la incorporación del médico y la enfermera de la familia, al médico de la familia se le caracterizó como "guardián de la salud del pueblo" que tiene entre sus principales funciones: la vigilancia clínico epidemiológica y social, la promoción y prevención de salud, y la interrelación con los consejos populares y la comunidad buscando el mayor grado de satisfacción de la población por los servicios de salud. La medicina familiar aspira a satisfacer las necesidades sentidas y reales de la población, mediante la relación médico-paciente personalizada, humana y comprensiva, captando la confianza de las personas y permitiéndole exponer sus problemas con fluidez, esto a través de una buena relación con el paciente y la familia, capacidad intelectual, uso apropiado de sus manos, ojos y oídos, así como una gran sensibilidad humana. Por lo que los servicios de atención primaria, deben estar orientados a cumplimentar las exigencias de salud y satisfacción de la población. Estudio descriptivo y transversal que aplico una encuesta, a una muestra de la población adulta constituida por 13 099 habitantes, de los 25 consultorios, mediante un muestreo sistemático, y utilizó, lo recomendado por S.K. Lwanda y S. Lemeshow, para el cálculo de la

proporción de una población con precisión específica, lo que permitió recoger la opinión referente a las principales causas que motivaron la utilización del consultorio, la opinión sobre la permanencia de este personal en su puesto, así como el grado de satisfacción de la población con los servicios del consultorio del médico y la enfermera de la familia. Consideró una escala ordinal, clasificando como "no satisfecho" a población que sólo poseen opiniones negativas, hayan utilizado o no el servicio, "poco satisfecho" para los que han utilizado los servicios, pero manifiestan alguna opinión desfavorable, "satisfecho", para los que opinan de forma positiva y un acápite de no opinión para los que rehúsan emitir su criterio. Se encuestaron a 287 adultos mayores de 18 años, y entre las principales causas de utilización del consultorio el 63,3 % del sexo femenino acude por problemas de enfermedad y el sexo masculino en 59,4. El chequeo resulta superior en los varones con 21,8 % siendo el doble que el sexo femenino, que puede estar relacionado con el chequeo preempleo. Las inmunizaciones y reconsultas son superiores en el sexo femenino; más del 70 % de las mujeres encuestadas asistieron a consultas en los últimos 3 meses, mientras que el sexo masculino en este tiempo sólo utilizó los servicios un 47,4 % y más de un 30 % no los utilizaba hacía 10 meses o más. La relación utilización del consultorio y la ocupación de la población: 70 % de las amas de casa y los jubilados y 55% de los desocupados y trabajadores acuden por enfermedad; 36.8% de los estudiantes acuden por chequeos médicos. Los accidentes constituyen la primera causa de utilización en los

desocupados. La relación tiempo de utilización de los servicios del consultorio con la ocupación: las amas acuden con mayor frecuencia, seguido de los jubilados y desocupados. La relación permanencia del médico según ocupación: 50% de las amas de casa y trabajadores y 42% de los jubilados siempre encuentran al médico, 70% de los estudiantes y desocupados refieren encontrarlo en ocasiones, seguidos de los jubilados, y quedan por debajo del 10 %, aquellos que refieren no localizarlo nunca. La relación escolaridad y acudir a establecimiento de salud: 60% acude al consultorio principalmente en aquellos sin nivel de escolaridad, primaria incompleta y preuniversitario. La relación nivel de escolaridad de la población y la permanencia del médico en el consultorio: 56% corresponden a la categorías de ninguna, primaria incompleta y pre-universitario; 50% de nivel secundaria y las restantes 30%. El grado o nivel de satisfacción de la población con el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, más del 80 % de la población refiere encontrarse satisfecha, siendo mayor al grupo de 45 a 54 años. Más del 80 % de la población de ambos sexos, se encuentra satisfecha con el médico de la familia, siendo el porcentaje de poco satisfechos el sexo masculino el doble del femenino. Al analizar la permanencia del médico y satisfacción de la población: están satisfechos en más de 90 % aquellos que refieren encontrarlo siempre. La relación de opinión sobre el médico de la familia como profesional de la salud y grado de satisfacción: aquellos que opinan que se trata de un buen profesional el 90 % se encuentran "satisfechos". La relación con el

lugar donde acude la población ante los síntomas de enfermedad: los que acuden al consultorio, el 95 % se encuentra "satisfecho" con los servicios; 43.5% de los que deciden acudir al hospital y 83 % de los que asisten al policlínico. La información que brinda el médico a sus pacientes: 90 % de la población refiere obtener una adecuada información del médico y sentirse satisfechos. Las sugerencias fundamentales fueron: evitar el cambio de médicos, permanecer mayor tiempo en el consultorio, que se visiten más a los pacientes, examinarlos mejor y tomar más interés en los pacientes.

En la discusión: El mayor uso del consultorio por parte de las mujeres, se debería a citologías, regulación de la fecundidad, embarazos y otras afecciones ginecológicas. Las amas de casa y los jubilados, son grupos poblacionales que permanecen la mayor parte del tiempo en la comunidad, lo que les posibilita acudir ante el primer síntoma de enfermedad al consultorio y ser atendidos rápidamente. La satisfacción con los servicios de salud, realizados por Moscoso, Parrilla y otros en Centros de Salud Familiar, encontraron más del 70 % de satisfacción con los servicios médicos recibidos. Al contrario del autor Schufer, las variables sexo y edad no resultan determinantes en el grado de satisfacción de la población. En las opiniones sobre la permanencia en el consultorio, los médicos tienen que cumplir un programa de estudios y rotaciones por el hospital docente. A diferencia de lo reportado por Ortiz la información brindada por los profesionales se consideró correcta.

Ruiz R. y colaboradores. (2011). Realizaron un estudio sobre la Satisfacción de los Pacientes con la comunicación en las consultas de Medicina de Familia: Comparación de Tres Métodos, para Investigar necesidades no Satisfechas; La satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria midiéndose por una amplia variedad de formas y mecanismos, la finalidad es alertar al proveedor del servicio sobre preocupaciones, necesidades y percepciones de los usuarios sobre la atención recibida, también es útil para diseñar programas de planificación, evaluación e identificación de áreas de mejora. El aspecto mejor estudiado de la relación medico paciente es el comunicativo especialmente el estilo centrado en el paciente pero las mediciones de la calidad comunicativa están limitadas por respuestas aquiescentes, esto explicaría los niveles altos de satisfacción en las encuestas que utilizan preguntas cerradas o de opción de respuestas limitadas conocida como "ceiling effect", siendo esto no evidente cuando los pacientes hacen comentarios abiertos. El objetivo fue evaluar la relación y diferencias entre tres modos de obtención de información referentes a la satisfacción del paciente y la percepción de necesidades no cubiertas en aspectos comunicativos con su médico. Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante muestreo sistemático se seleccionó entre 6 y 8 pacientes que acudieron a consulta de 97 médicos de familia con más de cinco años de práctica en diferentes zonas de España, por problemas incidentes o relacionado con patología crónica previa, se valoró la

percepción del paciente sobre cuatro aspectos de la comunicación mantenida enmarcadas en tareas reconocidas como claves en el modelo de comunicación médico paciente: Tarea Conectar (aspectos formales de relación); Tarea Integrar y Comprender la Información (facilidad con la que pudo exponer su motivo de consulta); Tarea Ayudar y acordar (Información recibida sobre causas del problema y sobre acciones a tomar) CICAA, explorándose en el propio centro sanitario por tres tipos de preguntas: la primera contenía la palabra satisfacción y era contestada mediante una escala ordinal de cuatro niveles, la siguiente pretendía conocer el acuerdo o no sobre la frecuencia de aparición (discrepancias de frecuencia) y la última pregunta era abierta y exploraba posibles deseos de cambio; también se recogió datos sociodemográficos y el problema de salud motivo principal de consulta. Fueron estudiados 658 pacientes, el 62% fueron mujeres, con estudios primarios el 43%, con edad entre 18 y 88 años, los problemas más frecuentemente atendidos fueron cardiocirculatorio; emocionales-psicológicos, respiratorios, digestivos y nerviosos, la duración de la consulta fue de 8.3 minutos. Se observó que entre el 96 y 99% dicen sentirse satisfechos o muy satisfechos con los aspectos valorados y casi la totalidad de las personas que se declaran insatisfechas o muy insatisfechas realizan más propuestas o demandas adicionales. En la discusión, la valoración sobre la satisfacción se revela como de menor utilidad para detectar necesidades no cubiertas especialmente en el aspecto de recibir y ofrecer información; coincidente con Levy-Storms L, las medidas de

discrepancia de frecuencia como los deseos de cambio muestran diferencias significativas con las preguntas directas de satisfacción así como las preguntas que estiman las necesidades no cubiertas en relación a la comunicación con los médicos, refleja que las metodologías que preguntan por la satisfacción son de menor utilidad para detectar áreas de mejora en comunicación asistencial; la pregunta sobre satisfacción no proporciona información útil para diseñar intervenciones de mejora dirigida a profesionales y coinciden con Urden y Levy-Storms L, además el hecho de que los pacientes se declarasen satisfechos con la información recibida e hiciesen sugerencias de mejora muestran el sesgo del ceiling effect manifestado por Argimon; una pregunta abierta proporciona información sobre la necesidad de aparición de una determinada conducta comunicativa; el inconveniente a hacer críticas a sus médicos , frecuente en estas encuestas, según Gonder J. , puede recuperarse si la pregunta abierta se realiza en términos de sugerencia; la principal limitación de esta aproximación es que se requiere más tiempo y pericia para su recogida, registro y codificación.

2.1.2. A nivel nacional.

Mientras que en Perú, Acosta Evangelista, Z. (2004). Realizó un estudio sobre Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, menciona que: El estudio fue

realizado con usuarios adultos hombres y mujeres en condiciones de alta, cuyo estado de conciencia fuera lúcido, orientados en tiempo lugar y persona, hospitalizados en los servicios de medicina, cirugía y gineco-obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la muestra fue de 318, con confiabilidad del 95% y error del 5%, distribuidos según afijación proporcional; los datos fueron analizados mediante tablas de frecuencias y las diferencias entre servicios o asociación con la edad, sexo y grado de instrucción mediante chi cuadrado (X^2). Los resultados globales fueron Satisfactorios para: señalización (69.18%), apariencia de los trabajadores (95.60%), privacidad (60.69%, $p_value=0.001$, $X^2=14.341$), equipamiento (73.91%), exámenes de laboratorio (98.68%); ayuda diagnóstica por imágenes (90.04%), tiempo de espera (79.81%) y trato de personal (98.08%); alimentación (54.50%), limpieza general (70.44%, $p_value=0.000$, $X^2=30.154$) Atención del médico: información (96.85%), comprensión de información (85.53%), competencia (96.86%), respuesta sobre enfermedad (87.11%, $p_value=0.0038$, $X^2=6.527$), tiempo dedicado (89.31%), trato (92.77%), calificación global (88.68%). Atención de la enfermera: Rapidez (64.470%, $p_value=0.05$, $X^2=10.770$), administración de medicamentos (87.42%), trato (79.87%), calificación global (70.44%). Trato de la técnica de enfermería (57.55%), calificación global (53.46%). Experiencia: Justificación del gasto (84.91%, $p_value=0.003$, $X^2=11.609$), intención de retorno (86.79%, $p_value=0.003$, $X^2=11.309$), recomendación del servicio (88.68%), calificación global (72.64%, $p_value=0.014$, $X^2=33.748$). No

Satisfactorios: Atención caja y admisión (76.42%, $p_value=0.05$, $X^2=23.04$), alta (83.33%, $p_value=0.035$, $X^2=11.607$), farmacia (80.19%, $p_value=0.000$, $X^2=27.024$). Limpieza de pabellón, mesita y cama (54.72%, $p_value=0.023$, $X^2=14.725$), sábanas (89.31%, $p_value=0.000$, $X^2=21.506$), servicios higiénicos (76.10%, $p_value=0.004$, $X^2=10.929$), tiempo de hospitalización (75.79%, $p_value=0.000$, $X^2=51.779$), necesidad de cambios (78.62%). No hubo asociación significativa de las variables estudiadas con el sexo y la edad; si se halló asociación ($p_value = 0 < 0.05$, $X^2 = 0 > a 3.8415$), entre el grado de instrucción y equipamiento, privacidad, alimentación, cambio de sábanas, limpieza de servicios higiénicos; información sobre su enfermedad, análisis de laboratorio, respuestas de médico; entendió la información; trato de la enfermera, calificación global de la técnica de enfermería y cambiaría algo en el servicio.

Morales Rivas, Martha y Carvajal Garcés, Carola (2007). Realizaron un estudio sobre la percepción de la calidad de atención por el usuario de Consulta externa del centro de salud Villa Candelaria, tuvieron como objetivo la evaluación de la percepción del usuario como medio de valoración del Centro de Salud Villa Candelaria desde la percepción de los usuarios. Aplicaron diseño transversal, descriptivo y cuantitativo. La muestra compuesta de 100 encuestados, de consulta externa entre Octubre - Noviembre y Diciembre 2007. Las dimensiones de análisis fueron la accesibilidad (tiempos de espera), estructura (comodidades), proceso (relaciones interpersonales) y

resultado de la atención médica (satisfacción). Los resultados fueron: Tiempo de espera prolongado, que en el 95% de los casos supera los 30 minutos de tiempo estándar, 64% de los usuarios se quejaron de tiempos largos de espera. El 58% se quejaron de falta de comodidades. Maltrato en fichaje en un 51%, maltrato en enfermería en 30%. La calidad de la atención médica fue percibida como buena por el 90% de los encuestados. Satisfacción por el trato recibido en un 73% de los encuestados. Percepción de calidad de atención en un 68%. Las fortalezas encontradas fue la accesibilidad (58%) costo (53%) calidad de atención de los médicos (47%). Las dimensiones relacionadas con mala calidad fueron los prolongados tiempos de espera (64%), incomodidad (58%) maltrato en enfermería (30%) y fichaje (51%).

Ramos Rodríguez C. (2008) en su trabajo Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú, tuvo como objetivo Determinar la percepción, por parte de los usuarios externos, de la calidad de sus relaciones médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente. Aplicó un Estudio observacional, descriptivo, transversal, a través de un cuestionario semi-abierto de 21 preguntas a los pacientes seleccionados por muestreo sistemático al salir del consultorio. Se les realizó análisis univariado y bivariado. Mostrando los siguientes resultados: total de encuestados 168 pacientes, de los cuales 61.3%

eran mujeres, 46.4% eran adultos jóvenes, 44.1% tenían grado de instrucción secundario. El 39.9% ya habían acudido a otro lugar por su problema de salud. 76.8% de los médicos eran varones, 47% de mediana edad, 74.4% no fueron elegidos por los pacientes. 51.2% de los pacientes fueron atendidos por primera vez por ése médico. Se encontró una adecuada relación médico-paciente en un 92.3 % y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho. Fueron el grupo de pacientes adultos jóvenes los que percibieron una relación médico-paciente inadecuada con mayor frecuencia. El grado de Instrucción, grupo etáreo al que pertenece el médico, la concordancia de género, la concordancia de grupo etáreo, el género del médico, ni la continuidad del manejo médico se asocian a la calidad percibida de relación médico-paciente. Se observó que mayor es el grado de satisfacción de la consulta a mejor percepción de la calidad de RMP ($p < 0.001$, OR 61.2), de la misma forma que la calidad de RMP hallada y el grado de satisfacción de la consulta médica se asociaron a la intención de recomendación del médico (OR 298 y OR 48 respectivamente). Haber elegido o no al médico también se asoció significativamente a la calidad percibida de la RMP ($p 0.02$).

2.1.3. A nivel local.

Seclén-Palacin, J. y Darras, C. (2005) en su trabajo Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del usuario en centros de salud y hospitales del

MINSA; analizar la relación entre la satisfacción del usuario y nivel socioeconómico; e identificar los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Aplicaron un análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000. Aplicó estadística descriptiva y multivariada. Sus resultados manifiestan que los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La satisfacción del usuario fue 68,1% y 62,1% para los Centros de Salud y hospitales, respectivamente. Los usuarios de menor nivel socioeconómico presentaron mayor satisfacción. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la satisfacción del usuario.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Generalidades sobre la actividad del médico:

En la historia del ejercicio de la actividad del médico, el rol del paciente se transformó desde una actitud expectante por el paternalismo del médico, hasta la situación en la que hoy el paciente se convirtió en un sujeto más activo en la relación médico-paciente, asumiendo un mayor control del proceso, influenciado por la evolución de los sistemas de información y la tecnología, que permiten que los pacientes tengan a la mano información actualizada sobre los procesos que les conciernen, por lo que el paciente es más activo y participativo, demanda una atención sanitaria de mayor calidad, requiriendo de los profesionales de salud cualidades mayores a habilidades

técnicas. Los pacientes y la sociedad esperan de su médico en términos filosóficos un compromiso con la verdad. El hecho de ser verdadero incluye un conjunto de virtudes como la honestidad, integridad, respeto, responsabilidad, compromiso, etc.

La relación médico-paciente se convierte así en un 'encuentro entre personas' del que depende en gran medida el grado de satisfacción del paciente, en la actualidad uno de los principales indicadores de la calidad de la atención sanitaria prestada, así como la efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental.

En la literatura es fácil encontrar estudios de satisfacción del paciente con las condiciones hospitalarias o sobre la organización de las urgencias y las consultas, que sobre los resultados de las intervenciones médicas o sanitarias. Sin embargo, es esta última información la más relevante para el clínico. El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que se basa en: reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente.

2.2.2. Factor

Bajo los siguientes preceptos que conceptualizan a Factor:

Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado.

“Elemento o sustancia que interviene en la activación o durante el desarrollo de una reacción”.

“Variable o conjunto de variables que se encuentran relacionadas con o que explican el resultado de otra variable”.

“Cada uno de los elementos que forman un producto, o sea elementos que intervienen en el proceso de la producción de un bien. Es todo lo relacionado aquello que de una u otra forma interviene en el apareamiento o afecta el desarrollo de una situación, los que pueden ser internos o externos, voluntarios o involuntarios.

- **FACTORES DEL USUARIO:** Incluyen aquellos aspectos que son únicos para cada usuario involucrados en un evento. A menudo como factores individuales se agrupan los culturales y sociales. Existen varios factores que influyen en la apreciación de los usuarios de los servicios de salud. Agrupándose como sigue:
 - Factores individuales: Conjunto de características propias del individuo y son: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social), económicos (nivel de ingresos, gastos), culturales (etnia, expectativas), concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad, experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio).

- Factores familiares / sociales: forma en que está constituida la familia, el número de sus integrantes: nuclear (padres e hijos), extendida (padres, hijos y nietos), ampliada (padres, hijos tíos, sobrinos), mono parenteral (papa o mama e hijos) y reconstituida (padrastra o madrastra), su ambiente, su cultura, costumbres, hábitos, el estado económico, etc; además atención familiar, experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.
- Factores del servicio de salud: Conjunto de características propias del establecimiento de salud que brinda la atención al usuario y son: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, entre otros).

Muchos de estos factores están inmersos en la Ficha Familiar del Ministerio de Salud, como complemento del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

2.2.3. PERCEPCION

Percepción deriva del término latino perceptio y describe tanto a la acción como a la consecuencia de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo.

La percepción es un proceso que se desarrolla en todos los seres humanos. Es vital para la supervivencia, ya que a través de ella el se relaciona con el mundo exterior. A razón de él aprende, se desarrolla y evoluciona como individuo tanto como sociedad.

Para conocer el mundo interior o exterior necesitamos realizar un proceso de decodificación de los mensajes que se reciben a través de todo el cuerpo. Se define como percepción al proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organización los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia.

Las percepciones determinan la visión que tenemos del mundo y de esa visión se derivarán comportamientos, muchos de los cuales son de suma utilidad para las organizaciones.

Para la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos; la percepción es el primer procedimiento cognoscitivo, que permite al sujeto capturar la información del

medio que lo rodea a través de la energía que llega a los sistemas sensoriales.

Este procedimiento posee carácter inferencial y constructivo. En este contexto, la representación interior de lo que ocurre afuera surge a modo de hipótesis. Los datos que captan los receptores se analizan de modo paulatino, junto a la información que recoge la memoria y que contribuye al procesamiento y a la creación de dicha representación.

Según Guskí, “la percepción es el conocimiento sensible, es el reflejo de la realidad en la conciencia de los hombres. Posible y transmitida a través de unos órganos sensoriales y a través de la actividad nerviosa”.

Según lo define la teoría de la Gestalt, las personas percibimos el mundo como un todo y no de forma fragmentada. A través de nuestra percepción somos capaces de entender de qué está formado ese todo y aislar aquello que nos interesa más en cada momento.

2.2.4. Características de la percepción

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal

- **Subjetiva:** las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- **Selectiva:** la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo

tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

- **Temporal:** es un fenómeno a corto plazo, la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

2.2.5. Componentes de la percepción.

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de inputs:

- **Las sensaciones** o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- **Los inputs internos** que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionaran una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos.

2.2.6. Calidad

La calidad de la atención de los Servicios de Salud se ha convertido actualmente en una necesidad para todo profesional de la salud. Son pocos los estudios que se refieren concretamente a la calidad de la atención de programas de salud y menos aún a

su evaluación. No obstante es necesario el abordaje de la calidad en los servicios del Programa Médico de la Familia, por cuanto esta tiene sus características y particularidades propias.

La calidad es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado.

El concepto actual de Calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma, y que afecta a todas las personas y a todos los procesos.

Existen diversas razones objetivas que justifican este interés por la calidad y que hacen pensar que las empresas competitivas son aquellas que comparten, fundamentalmente, estos tres objetivos:

- Buscar de forma activa la satisfacción del cliente, priorizando en sus objetivos la satisfacción de sus necesidades y expectativas (haciéndose eco de nuevas especificaciones para satisfacerlos)
- Orientar la cultura de la organización dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua e introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten.
- Motivar a sus empleados para que sean capaces de producir productos o servicios de alta calidad.

Garvín propone cinco enfoques en base a las características de la calidad:

- Enfoque trascendente, considera que la calidad es imposible de definir de una forma precisa y solo se puede reconocer a través de la experiencia.
- Enfoque basado en el producto, este punto se hace hincapié en las prestaciones de los productos. En este sentido, la calidad es considerada como algo inherente al producto y no como algo que se pueda añadir.
- Enfoque basado en el usuario, desde una perspectiva la calidad es algo totalmente subjetivo, ya que debe satisfacer las diferentes necesidades y deseos de los clientes.
- Enfoque basado en la fabricación, la calidad se centra en la fabricación del producto y en general, en los aspectos internos de la empresa. La calidad persigue eliminar las desviaciones respecto al diseño del producto.
- Enfoque basado en el valor. Relaciona la calidad con el precio. El mayor valor representa la mejor combinación de calidad y precio.

La calidad es el juicio global del cliente acerca de un estilo de prestación de servicio o características de un producto, por lo que el objetivo de la organización será llegar a igualar o superar las expectativas de los clientes.

- **Evolución del concepto de calidad:** La literatura de los últimos años sobre el tema de la calidad, puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo. Sin embargo, desde sus orígenes, el ser

humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas, sociales, etc.

Se puede hablar de seis etapas muy claras en la evolución del concepto:

- **Etapas Artesanal:** Donde la Calidad suponía hacer las cosas bien a cualquier costo. Los objetivos que perseguía el artesano eran su satisfacción personal y la satisfacción de su comprador, no importaba el tiempo que le llevara.
- **Etapas de la Industrialización:** Donde el concepto de Calidad fue sustituido por el de Producción, hacer muchas cosas y muy deprisa sin importar con que calidad. El objetivo era satisfacer la demanda de bienes (generalmente escasos) y aumentar los beneficios. La cantidad y el tiempo son los conceptos importantes.
- **Etapas de Control Final:** En esta etapa lo importante ya no era la cantidad de producto fabricado, sino que el cliente lo recibiera según sus especificaciones.
- **Etapas de Control en Proceso:** Los defectuosos que se encontraban durante la inspección final, no sólo se producían durante el proceso de fabricación, sino que también eran provocados por el mal estado o la No Conformidad de la Materia Prima utilizada.
- **Etapas de Control en Diseño:** Se tenía controlado el proceso y se adoptaban acciones correctoras y preventivas, pero se seguían detectando problemas de calidad que aparecían durante la vida útil del producto y que no eran imputables ni a la materia prima, ni

a las máquinas, ni a la mano de obra, ni al proceso. El problema estaba en el propio diseño, se detectaban problemas surgidos del hecho de que la especificación era irrealizable con los medios disponibles.

- **Mejora Continua:** En el mercado actual para ser competitivos, hay que dirigirse hacia la excelencia y eso sólo se consigue a través de la Mejora Continua de los productos y/o servicios. Hay que implantar un Sistema de Gestión que permita conseguir que lo que el cliente busca, lo que se programa y lo que se fabrica sea la misma cosa, hay que buscar la Calidad Total.

- **PRINCIPIOS BASICOS DE CALIDAD:** Un principio de gestión de la calidad es una regla universal y fundamental para liderar y operar una organización, con la intención de ayudar a los usuarios a lograr el éxito organizacional. La aplicación sistemática de los ocho principios proporciona la "calidad total":
 - **Enfoque al cliente:** La prioridad ahora es dejar al cliente satisfecho. Hay que conocer las expectativas y necesidades de los clientes, ya que un cliente contento representa ganancias y más trabajo.
 - **Liderazgo:** Todas las organizaciones necesitan líderes que guíen. Las ideologías de un líder deben de traer beneficios para todos. Deben crear y mantener un ambiente interno,

en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- **Participación del personal:** Es necesaria la implicación de todo el personal en la organización, ya que así se pueden obtener las mejores ideas, de todos los trabajadores de todas las áreas de trabajo.
- **Enfoque basado en procesos:** Las actividades y recursos deben ser gestionados en base a procesos estratégicos, operativos y de soporte, los cuales tienen que llevar su propio control. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque fundamentado en sistemas:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- **Mejora continua:** La organización debe comprender y llevar a cabo nuevos y mejores métodos de trabajo y procesos organizativos para no estancarse e ir mejorando continuamente en su actividad. Se realiza al examinar los resultados que se van obteniendo de forma continua y realizando las modificaciones que permitan mejoras o la superación de los problemas existentes.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** A la hora de tomar una decisión, ésta debe estar basada en

hechos, datos e información que se posea, y que garantice una baja posibilidad de errores o la no existencia de ellos.

- **Relación mutuamente beneficiosa con proveedores:**
Debe existir una correcta relación de interdependencia de manera que las condiciones y criterios para seleccionar proveedores se mantengan actualizados. Una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.2.7. ATENCION:

Con la finalidad de brindar una “atención” se debe partir de la conceptualización de “cliente”, el cual es cualquier persona que tiene una necesidad o deseo por satisfacer y que tiende a solicitar y/o utilizar los servicios de un profesional o empresa.

Para poder determinar las características de los clientes que estamos atendiendo, las empresas deben, de ser posible, realizar una investigación, lo que en muchos casos podría suponer una fuerte inversión de recursos económicos, personal y tiempo.

Sin embargo, dependiendo de los recursos de la empresa, existen maneras prácticas y sencillas que nos podrían permitir conocer a nuestros clientes: consultar al personal de contacto, estudiar las quejas y sugerencias de los clientes, venta personal, etc.

La atención al cliente o servicio al cliente es el servicio que proporciona una empresa para relacionarse con sus clientes. Es el conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece un suministrador buscando que el cliente obtenga el producto en el

momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo. Se trata de una herramienta de mercadeo que puede ser muy eficaz en una organización si es utilizada de forma adecuada, para ello se deben seguir ciertas políticas institucionales.

Servicio al cliente es la gestión que realiza cada persona que trabaja en una empresa y que tiene la oportunidad de estar en contacto con los clientes y generar en ellos algún nivel de satisfacción. Se trata de “un concepto de trabajo” y “una forma de hacer las cosas” que compete a toda la organización, tanto en la forma de atender a los clientes (que nos compran y nos permiten ser viables) como en la forma de atender a los Clientes Internos, diversas áreas de nuestra propia empresa.

2.2.8. SERVICIO:

Son muy diversas las definiciones que existen sobre el servicio, algunas de ellas son:

Servicio (Del lat. *servit-um*) Acción y efecto de servir. Prestación humana que satisface alguna necesidad social y que no consiste en la producción de bienes materiales. Actividad llevada a cabo por la Administración o, bajo un cierto control y regulación de ésta, por una organización, especializada o no, y destinada a satisfacer necesidades de la colectividad.

Actividades, beneficios o satisfacciones puestos a la venta o proporcionados en conexión con la venta de bienes.

Los servicios son actividades intangibles e identificables por separado, que proporcionan la satisfacción deseada cuando se venden a los consumidores y/o usuarios industriales y que no están necesariamente vinculadas a la venta de un producto o de otro servicio.

El servicio es el conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o del servicio básico, como consecuencia de la imagen y la reputación del mismo (Jaques Horovitz)

Servicio es en primer lugar un proceso. Mientras que los artículos son objetos, los servicios son realizaciones (L.Berry, R. Bennet y W. Brown).

El servicio no es más que el conjunto de soportes que rodean al acto de comprar.

Los servicios hacen referencia algunas veces a bienes intangibles y una de sus principales características es que en general coincide el momento de su producción con el momento de consumo (Pearce, 1981).

Los servicios afectan a la producción y al consumo de bienes, son intangibles y se caracterizan porque pueden consumirse al mismo tiempo que se producen. Las actividades de servicios suelen ser frecuentemente intensivas en la utilización de la fuerza de trabajo (Bannock, Baxter y Ress)

2.2.9. CARACTERÍSTICAS DEL BUEN SERVICIO

- **Intangibilidad:** Los servicios no pueden ser vistos, sentidos, probados o tocados como los productos físicos; son acciones, satisfacciones, prestaciones y experiencias principalmente. La intangibilidad genera las siguientes consecuencias:
 - Mayor riesgo percibido en la fase previa a la compra, debido a la intangibilidad es difícil para el comprador formarse una idea del servicio antes de adquirirlo.
 - Es más difícil exhibir un servicio y lograr su diferenciación, debido a que el servicio en sí mismo no posee atributos que permitan al usuario identificarlo y distinguirlo por características objetivas en las que se base su diferenciación (tamaño, color, calidad de los materiales, diseño, etc.).
 - Es más difícil justificar el precio de un servicio, porque los servicios tienen menos características objetivas que los clientes puedan valorar, lo cual genera mayor dificultad al justificar el precio a cobrarse por ellos.

- **Heterogeneidad.** El servicio puede variar de empresa prestadora para empresa prestadora, de consumidor para consumidor y de día para día; al igual que la calidad, sin embargo las actitudes que pueden controlar la calidad son:
 - Invertir en selección y capacitación del personal buscando dar al proveedor del servicio mejores condiciones de responder adecuadamente a cada situación de consumo.

- Intentar monitorear la satisfacción del consumidor a través de investigaciones, sistemas de sugerencias, sistemas de quejas, etc.
- **Inseparabilidad.** En las empresas de servicio, la producción, el consumo y el uso ocurren simultáneamente y frecuentemente en el mismo lugar geográfico. La inseparabilidad de los servicios no sólo dificulta el control del nivel de calidad sino que también añade incertidumbre y variabilidad al proceso, ya que incorpora como parte a un nuevo participante: el usuario.

Las principales implicancias de la inseparabilidad son:

- Alta interacción con el personal de contacto, lo cual requiere un alto adiestramiento del personal en términos de su calidad técnica y su calidad funcional.
- Influencia del ambiente físico del lugar donde se presta el servicio.
- Esto incluye aspectos de decoración, luminosidad, limpieza, el comportamiento de otros clientes.
- **Caducidad.** La caducidad de los servicios viene de la imposibilidad de ser estoqueados. Esta imposibilidad es que los vuelve perecederos y, es por este hecho que las compañías se preocupan por las fluctuaciones de la demanda.
- **Propiedad:** el pago de los servicios es hecho por el uso, acceso o alquiler de los elementos y no por la propiedad total de estos.

2.2.10. SERVICIO DE CALIDAD

Es la comparación entre las expectativas del cliente y la percepción del resultado del servicio, o dicho de otro modo, la comparación entre lo que el cliente espera recibir y la percepción de lo que ha recibido. Por lo tanto, si queremos que el servicio que ofrecemos, sea considerado un servicio de calidad por nuestros clientes, tendremos que superar sus expectativas y cumplir con las siguientes condiciones:

- **Fiabilidad:** La fiabilidad es uno de los puntos más importantes que hay que cumplir, ya que es un factor determinante para que un servicio se perciba de calidad; está directamente relacionada, con el correcto cumplimiento de las promesas realizadas al cliente.
- **Calidad en la tangibilidad:** El servicio como tal, es intangible y ello provoca dificultad para comprobar la calidad, así que los clientes buscan elementos físicos relacionados con el servicio, para comprobar su calidad. Como por ejemplo instalaciones, mobiliario, personal o incluso, elementos de comunicación como tarjetas o folletos publicitarios.
- **Responsabilidad:** Esta altamente relacionada con la predisposición que tenemos de ayudar rápida y eficazmente al cliente, normalmente en sus necesidades, preguntas o quejas.
- **Confianza y seguridad:** La tranquilidad del cliente es otro aspecto fundamental, para ofrecer un servicio de calidad y para ello es necesario transmitir confianza y seguridad. Normalmente

se consiguen a través del tiempo mediante experiencias previas o en el caso de ser clientes nuevos, mediante la imagen corporativa, referencias de clientes importantes o incluso haciendo hincapié en la correcta cualificación de los empleados.

- **Empatía:** Transmitir la disposición total de la empresa en la atención a sus clientes, es la esencia de la empatía aplicada al servicio, para ello es necesaria instaurar una política de comunicación dónde el feedback es una condición necesaria para comprender las necesidades del cliente.

2.2.11. CALIDAD DE ATENCION EN SERVICIOS DE SALUD

- Cuando se intenta definir la calidad dentro de un contexto de salud, desde un principio se es consciente del gran número de posibles y legítimas definiciones que se puedan plantear, en función del enfoque considerado (acto asistencial concreto, asistencia sanitaria recibida por un área de salud, población, etc.) y de los sujetos implicados (pacientes, profesionales y administración). Difícilmente se encuentra un concepto único de calidad, como señalan Klein et al. “nunca existirá un único criterio de conjunto con el cual medir la calidad de la atención al paciente”.
- Las siguientes definiciones son útiles para definir la calidad de atención en los servicios de salud:

- Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".
- Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.
- La Organización Mundial de la Salud afirma que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y

destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". Además de que la calidad de atención del médico es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

- La calidad que se aplica en los servicios es muy grande, abarca la confección de manuales, protocolos, capacitación del personal, verificación de trabajos, seguimiento, auditorias, implementación, conocer la infraestructura, conocer al cliente corporativo y al cliente personal.

2.2.12. COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

El trabajo de Avedis Donabedian, una de las figuras más destacadas en cuanto a aportaciones a la cuestión de la calidad en el mundo sanitario. Para dicho autor, son tres los componentes de la asistencia sanitaria que, relacionados, conforman el conjunto de atributos determinantes de la calidad asistencial de un acto médico concreto: los aspectos técnicos-científicos, la relación interpersonal, y otros elementos del entorno.

- **La actuación científico-técnica** se compone de los aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, y depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las

estrategias de asistencia adecuadas, así como de la destreza en ejecutar dichas estrategias.

- **La relación interpersonal**, tiene una importancia máxima en la evaluación de la calidad asistencial, debido a dos razones fundamentales:
 - Es el vehículo para llevar a cabo una asistencia técnica correcta. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y, además, hace saber a su médico sus preferencias, lo que permite que éste seleccione los métodos de asistencia más adecuados. El médico, por su parte, proporciona información a su paciente acerca de la naturaleza, grado de gravedad, origen y tratamiento de la enfermedad, y lo motiva para que desarrolle una activa colaboración en la asistencia. Por ejemplo, si la forma de tratar el médico a su paciente es tal que transmite a éste último desconfianza, indignación y apatía y, como consecuencia, el paciente decide prescindir de los servicios de ese médico o no completar el tratamiento prescrito, ¿de qué habrá servido una buena asistencia técnica?
- Recoge gran parte de los factores determinantes de un buen servicio desde el punto de vista de los pacientes. La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, los resultados favorables que derivan de una buena relación interpersonal entre médico y paciente. Este elemento es clave para la valoración del servicio sanitario implica, dentro del

personal sanitario, a todo aquel que interactúe de alguna forma con el paciente (médicos, enfermeras, recepcionistas, camilleros, etc.), y con respecto al paciente, no sólo éste, sino también a sus familiares.

- **El entorno**, al que también se refiere con el término amenidades, en el que se incluyen elementos como el grado de confort logrado, los servicios de hostelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, etc.

Donabedian y otros autores plantean la siguiente ecuación para determinar la calidad asistencial:

Calidad de la asistencia = Atención técnica (a) + Arte de la atención (b) + (a x b) + Error (e)

- La atención técnica hace referencia a los aspectos relacionados con los procesos diagnósticos y terapéuticos (calidad científico-técnica),
- El arte de la atención incluye tanto el componente social o relación interpersonal como el relativo al entorno o ambiente.
- El producto (a x b), recoge los efectos sinérgicos que se presentan cuando ambos componentes actúan de forma conjunta.

Abordar el concepto de calidad asistencial implica necesariamente considerar las expectativas y necesidades de los tres grupos implicados en la asistencia:

- Los pacientes o usuarios del servicio sanitario son los que solicitan la atención. Ellos quieren ser atendidos para su mejora funcional u orgánica, para que se les alivie el dolor o la molestia o para transmitir al profesional sanitario una preocupación sobre su salud.
- Los profesionales son los que proporcionan la atención. Necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones y para poder atender a los usuarios. Dichos recursos abarcan tanto el material y el correcto estado de las instalaciones como la organización, el espacio y el tiempo necesario para la toma de decisiones. Estos profesionales necesitan, a su vez libertad, para actuar ante el problema de salud y para desarrollar sus actividades.
- La Administración es la encargada de proporcionar esos recursos necesarios y, además, promueve un uso adecuado y eficiente de los mismos; el objetivo final es lograr la satisfacción tanto del usuario como del profesional.

Son varios los modelos que se han establecido acerca de las dimensiones de la calidad en salud. Donabedian (1966) enfatiza el análisis de la calidad a partir de tres enfoques o dimensiones (estructura, proceso y resultado), pero también advierte acerca de la importancia de no tomar estos elementos como atributos de la calidad, sino como “enfoques o aproximaciones para la adquisición de la información acerca de la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen calidad:

Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

Indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

Los indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Tomando como referencia varios de enfoques (OMS, 1967; APHA, 1969; JACO, 1995), Varo (1994) desarrolla un esfuerzo integrador e identifica y define las siguientes sub dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con la calidad:

Efectividad: se refiere al impacto de un determinado procedimiento o práctica asistencial, en términos de mejoras del nivel de salud; alude también a la relación entre el impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial en una situación ideal.

- **Eficiencia:** relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Comprende dos características: idoneidad de los servicios y costes de los mismos.
- **Seguridad:** balance positivo de la relación beneficios/riesgos.
- **Adecuación:** relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de una población; implica acomodar los servicios sanitarios a las necesidades de esa población. Posee un componente numérico (cantidad total de servicios con relación a las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de los servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).
- **Calidad científico-técnica:** grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles.
- **Aceptabilidad:** incluye dos dimensiones; la primera alude a la satisfacción del paciente o grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma, y la segunda a la cooperación del paciente o grado en que éste cumple el plan de atención.
- **Satisfacción del profesional:** grado de complacencia del profesional con las condiciones del trabajo.
- **Disponibilidad/accesibilidad:** el primero de estos elementos, la disponibilidad, se refiere al grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo; los servicios sanitarios, por regla general, deben estar disponibles cuando lo precise el paciente. Por su parte, la accesibilidad depende de la facilidad con que se accede a los servicios médicos, que puede encontrarse con

diversas barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

- **Continuidad:** Implica contemplar el tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado. Para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones, los servicios deben ser continuos y estar coordinados. De este modo, las interrupciones pueden derivar de diferentes causas, por ejemplo, las siguientes: no realizar las pruebas oportunas de laboratorio, realizarlos, pero no adjuntarlas al informe clínico, no registrar problemas clínicos en el historial, etc. Continuidad implica coordinación.

Como parte de la percepción los pacientes poseen tres niveles de necesidades relativas a la calidad:

- Primer nivel sitúa las necesidades implícitas o expectativas básicas de calidad asumidas por el paciente. Como mínimo, los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca la satisfacción, pues estos aspectos del servicio son considerados parte integral del mismo.
- Segundo nivel: necesidades explícitas o expectativas opcionales, son atributos o aspectos del servicio que los pacientes desean y esperan, considerados “extras”, esto es, no forman parte del servicio básico. Cuando estos atributos están ausentes, no

implican la insatisfacción del paciente con el servicio recibido, pero cuando están presentes, implican satisfacción. En este nivel se incluyen la responsabilidad, accesibilidad, comprensión, atención/cuidado y comunicación

- Tercer nivel: Las necesidades latentes o expectativas no articuladas son las no esperadas por los pacientes, cuyo cumplimiento da lugar a clientes “muy satisfechos”. Se cita la buena apariencia física y profesional de las instalaciones y del personal y la relación coste/beneficio del paciente.

El Ministerio de Salud Perú utilizando el modelo Avedis Donabedian elaboró los estándares para la medición de la calidad de atención; Para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud.

- **Oportunidad:** se identifica con una respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o población.
- **Seguridad:** se identifica con las condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en el y medio ambiente.
- **Eficacia:** se identifica con el uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva.
- **Accesibilidad:** se identifica con las condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y

colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.

- **Integralidad:** relacionada con acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de la promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Trabajo en equipo:** identificado en personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.
- **Participación social:** identificada con mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.
- **Respeto al usuario,** relacionado en considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
- **Información completa:** identificada con la provisión, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud.
- **Satisfacción del usuario:** referido al balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su percepción acerca de lo que recibe de ellos.

2.2.13. ATENCION PRIMARIA DE SALUD – MEDICINA FAMILIAR

En América Latina, hasta la década del '90 y conforme con la interpretación de los lineamientos de la declaración de Alma Ata, convocada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, el concepto de Atención Primaria en Salud (APS) giró en torno a asistencia sanitaria esencial para todos los individuos y familias mediante la participación de la comunidad. La APS se implementó en la mayoría de países de la región como un conjunto de servicios de atención sanitaria mínima, limitada a servicios de baja complejidad, con equipos humanos de profesiones básicas de la salud (médico general, enfermera), y apoyados por técnicos de saneamiento ambiental y la figura de promotores de salud provenientes de la comunidad lo cual fue muy limitada y excluyente. Por su lado, según el Institute of Medicine (IOM) norteamericano, la atención primaria de salud es "La provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad".

En los países subdesarrollados, y aun en muchos países desarrollados, impera una gran desigualdad en cuanto a la distribución de los servicios de salud, y en consecuencia también existe una gran desigualdad en los niveles de salud alcanzados por los diferentes estratos sociales. La planificación de salud tiene

un carácter estratégico, pero la planificación de los servicios de salud tiene un carácter más táctico, pues se ve limitada por la capacidad instalada. Mientras que la planificación de los servicios de salud es una responsabilidad del Ministerio, la planificación en salud engloba a otros sectores que directa o indirectamente están relacionados con el sector salud.

Tanto la planificación de salud, como la de los servicios de salud, deben basarse en las necesidades sociales que requieren ser satisfechas y en las posibilidades reales de satisfacción. Como quiera que siempre el volumen de las necesidades sobrepasa las posibilidades de su satisfacción, se requiere hacer priorizaciones para lograr invertir los recursos en la forma más racional posible, al propio tiempo que se trata de dar solución a los problemas de salud más acuciantes. En este sentido, los programas de salud abarcan los problemas y necesidades de mayor significación.

Bajo este contexto la medicina familiar es la especialidad que se fundamenta en principios como continuidad, acción anticipatoria e integralidad de la intervención, habilita al profesional para proveer cuidados de salud continua e integral y en el contexto de la familia, a toda la población, sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo; siendo así que, la medicina familiar viene expandiéndose a pasos acelerados en el Perú.

La implementación de la APS requiere de equipos multidisciplinarios constituidos por diversos profesionales como los médicos, enfermeras, asistentes sociales, obstétricas,

odontólogos, psicólogos, etc., muy formados en la comorbilidad, acostumbrados a manejar la incertidumbre y que trabajen en equipo, este equipo debe de guiar al paciente dentro del complejo sistema sanitario ofreciendo a la población asignada a su cuidado, una atención oportuna, eficiente, accesible, integral, integrada y longitudinal centrada en la prevención-promoción de la salud.

Operacionalizando así, el médico de familia, los principios de la Medicina Familiar propuesto por McWhinney en 1981:

- El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
- El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.
- El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
- El médico de familia ve a su práctica como una «población en riesgo».
- El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
- Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
- El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.
- El médico de familia es gerente de recursos

- El médico de familia agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.

2.3. Bases conceptuales.

- 2.3.1. **Factor:** Elemento, condicionante que contribuye a lograr un resultado.
- 2.3.2. **Percepción:** conocimiento sensible, es el reflejo de la realidad en la conciencia de los hombres. Posible y transmitida a través de unos órganos sensoriales y a través de la actividad nerviosa.
- 2.3.3. **Calidad de atención:** es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.
- 2.3.4. Programa Médico de la Familia: programa de salud del Gobierno Regional Junín que fortalece el primer nivel de atención dirigida a la población del Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida.

2.4. Bases epistémicas.

El presente Trabajo de Investigación es de tipo INTERPRETATIVO, ya que se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social, en la descripción y comprensión de lo que es único y particular del sujeto. Teniendo como base filosófica el Fenomenologismo Interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa. Es de carácter

subjetivo y utiliza métodos cualitativos que dan un tratamiento diferente a la información. . El investigador busca interpretar y comprender las significaciones que las personas le dan a las cosas, a las relaciones con otras personas y a las situaciones en las cuales viven.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de estudio

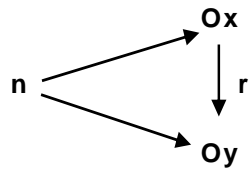
Por la finalidad de estudio el tipo de investigación de acuerdo a las variables propuestas y el objetivo general y específico de la investigación es de **tipo relacional**.

3.2. Diseño y esquema de investigación.

El diseño que se utilizará en el trabajo de investigación es **No Experimental**; porque en esta investigación se realiza sin manipular intencionalmente la variable independiente, se basa en fenómenos, hechos o variables que ya ocurrieron naturalmente sin la intervención directa del investigador, quien solo observa.

Transversal, porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único para describir variables y analizar su incidencia y relación en un momento dado.

Relacional, porque su propósito es describir relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. Lo que se mide - analiza es la relación entre variables en un momento determinado.



Donde:

n = Muestra

Ox = Factores (Individuales, Familiares y del Servicio de salud).

Oy = Percepción de la calidad de atención.

r = Relación

→ = Dirección de la Investigación

3.3. Ámbito de estudio.

3.3.1. Ubicación. Asentamiento humano Justicia Paz y Vida. de la Provincia de Huancayo – Junín

3.3.2. Extensión. Norte (Provincia de Jauja y Chanchamayo). Sur (Provincia de Chupaca). Este (Provincia de Satipo) y Oeste (Provincia de Yauyos – Lima)

3.3.3. Localización geográfica. Situado en el Sector Pampa sobre los terrenos de propiedad del Ministerio de Salud. En la parte central del territorio nacional.

3.3.4. Clima. En general el clima es templado, varía de acuerdo a la altitud, así como en algunas provincias del departamento, el clima es frígido (frío y lluvioso). Su clima en la sierra baja (valles y quebradas a menos de 3.450 msnm) es templado y seco con marcadas diferencias de temperatura entre el día, en que sube hasta 26 °C, y la noche, cuando baja hasta 6 °C, siendo la época de lluvias entre noviembre y abril. En la sierra alta (altiplanos y cordilleras a más de 3.600 msnm) el clima es frío y seco con temperaturas que descienden a menos de 0 °C.

3.3.5. Latitud y longitud. Junín se encuentra a 11°46'34" de latitud Sur y 75°29'57" de longitud Oeste.

3.3.6. Altitud. Se encuentra a 3389 m.s.n.m.

3.4. Población y Muestra.

3.4.1. Población; forma parte esencial en una investigación, Tamayo (1998), la define como "totalidad del fenómeno" a estudiar; personas o elementos cuya situación se está investigando". Para esta investigación se tomó una población de 6,252 personas

3.4.2. Muestra; fue probabilística, para ello se tuvo que determinar el tamaño de la muestra que es como a continuación se explica:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{s^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- N = Población (6252)
- Z = Nivel de confianza (1.96)
- p = Probabilidad de éxito (0.05)
- q = Probabilidad en contra (0.95)
- e = Error de estimación (0.03)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.05)(0.95)(6252)}{(0.03)^2(6251) + (1.96)^2(0.05)(0.95)} = \frac{1140.83}{5.6 + 0.18} = \boxed{n=196}$$

Selección de Muestra:

Se empleó la técnica del muestreo intencional o criterial, porque empleando esta técnica se buscó que la población motivo de investigación sea representativa, asimismo en base a una opinión o intención particular del investigador con una muestra de 196 personas, entre los meses de octubre, noviembre y diciembre el Programa Médico de la Familia estuvo conformado por 08 módulos que atiende de lunes a sábado en dos turnos de 4 horas cada uno. Asimismo se consideró que la distribución de la demanda era mayor por las mañanas, teniendo días de mayor afluencia, lunes y viernes, siendo éstos los días de aplicación de encuestas, tanto en los módulos como en los domicilios del usuario dependiendo del orden de atención, aplicando entre 24 y 25 encuestas por módulo.

Los criterios de inclusión fueron:

- Usuarios del Programa Médico de la Familia.
- Usuarios mayores de 18 años edad de ambos sexos.
- Usuarios que firmen el consentimiento informado.

Excluyendo a:

- Usuarios con trastornos psicológicos.
- Usuarios con impedimentos físicos
- Usuarios que no firmen el consentimiento informado.

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para recolectar nuestros datos de investigación se aplicó la técnica e instrumento adecuado a nuestra población en estudio.

3.5.1. Técnica.

La encuesta; esta técnica se empleó en las personas que habitan en el asentamiento humano "Justicia, Paz y Vida" a quienes se les solicitó participar en nuestro estudio y se dio a conocer para la firma del consentimiento informado.

3.5.2. Instrumento.

El **Cuestionario** fue elaborado considerando los aspectos básicos de las dimensiones de elementos de las variables, siendo sometidos al coeficiente Alfa de Cronbach el cual el resultado tuvo un valor de 0.86 lo que indica un grado de confiabilidad siendo validado su uso para la recolección de datos.

El cuestionario basado en el modelo Donabedian, se basa en la percepción de la calidad por el usuario. Para ello se toma 10 estándares establecidos:

- Oportunidad
- Seguridad
- Eficacia

- Accesibilidad
- Integralidad
- Trabajo en equipo
- Participación social
- Respeto al usuario
- Información completa
- Satisfacción del usuario

El instrumento de recolección de datos consta de 02 partes:

- Datos generales: consignando edad, género, estado civil, grado de instrucción, ocupación, ingreso económico mensual, tipo de familia, motivo de atención, lugar donde se atiende, duración de la atención.
- Datos específicos: percepciones de la calidad de atención consta de 16 preguntas divididas en 10 estándares:
 - Oportunidad: pregunta n° 1
 - Seguridad: pregunta n° 2
 - Eficacia: pregunta n° 3
 - Accesibilidad: pregunta n° 4 y 5
 - Integralidad: pregunta n° 6 al 10
 - Trabajo en equipo: pregunta n° 11
 - Participación social: pregunta n° 12
 - Respeto al usuario: pregunta n° 13
 - Información completa: pregunta n° 14 y 15
 - Satisfacción del usuario: pregunta n° 16

Cada pregunta con alternativas de acuerdo a la escala de Likert, como sigue:

- Totalmente desacuerdo
- Desacuerdo
- Regular
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Se establecieron los valores para cada categoría como indicador de percepción de calidad de atención:

- | | |
|-------------------------|-----------|
| • Totalmente desacuerdo | MUY MALA |
| • Desacuerdo | MALA |
| • Regular | REGULAR |
| • De acuerdo | BUENA |
| • Totalmente de acuerdo | MUY BUENA |

Para la determinación de la calidad de atención las respuestas obtenidas de la escala de LIKERT, se dividió en tres respuestas:

- Buena percepción de la calidad de atención: muy buena y buena.
- Mala percepción de la calidad: mala y muy mala
- Regular con el fin de facilitar su análisis.

Se indicó al entrevistado a fin de convenir su valoración de percepción, que la escala se refieren a si estaban o no presentes al momento de la atención. Si esta característica estuvo presente

totalmente se marcaría 5 y si estuviese ausente completamente marcaría 1.

3.6. Análisis e interpretación de datos.

Para el presente estudio de Investigación se utilizó una fuente primaria de información realizando la entrevista y el respectivo cuestionario a los usuarios del Programa Médico de la Familia.

- Primera Etapa.

Se dirigió una Carta de Presentación, dirigida a los integrantes del Programa Médico de la Familia.

Se coordinó la fecha de ejecución para el ingreso a los ambientes del lugar donde se desarrolla la atención a los pacientes, considerando así la evaluación luego de haber recibido la atención en la misma fecha.

Se solicitó el Consentimiento informado con el respectivo llenado y firma, a las pacientes para iniciar la entrevista.

- Segunda Etapa.

En primer lugar se explicó a los pacientes sobre la entrevista.

Luego se les entregó un cuestionario sobre preguntas cerradas para poder evaluar la calidad de atención que viene recibiendo, lo cual tendrá una duración aproximadamente de 10 minutos por paciente para poder desarrollarlos marcando.

Se solicitó a los pacientes su sinceridad en responder cada pregunta del cuestionario. Los datos fueron almacenados para luego proceder a desarrollar la parte estadística de la información.

La aplicación de la encuesta estuvo a cargo del responsable del trabajo de investigación y de un personal auxiliar, ajeno al programa médico de la familia quien recibió capacitación, durante la prueba piloto.

Procesamiento de Datos:

Para el análisis y procesamiento de la Información obtenida en esta investigación, se empleó el programa estadístico IBM SPSS 19, español,

Para el Análisis Estadístico se describieron los resultados de las variables de la siguiente manera:

- Análisis univariado: Se analizó las variables y se describió a través de porcentajes y frecuencia en tablas de distribución.
- Análisis Inferencial: se aplicó la prueba de Chi cuadrado para relacionar las variables. En este caso un valor $p < 0,05$ nos indicará que existe una asociación o dependencia estadísticamente significativa entre las variables.

Presentación de datos:

La presentación tabular se realizó a través de tablas de frecuencias, para describir las variables; y de contingencia para la asociación de las mismas. La presentación gráfica se realizó a través de gráficos de barras, circulares.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO

4.1. Análisis descriptivo de los resultados.

La percepción de la Calidad de los usuarios del Programa Médico de la Familia del Asentamiento Humano constituye un elemento de búsqueda de los principales problemas de calidad y transformarlos en oportunidades de mejora, y de esta forma desarrollar intervenciones que sean las más adecuadas.

Los resultados obtenidos en esta investigación se muestran e los siguientes cuadros y gráficos.

Tabla N° 01

Distribución según género y grupo etáreo de los usuarios del Programa Médico de la Familia AAHH. Justicia, Paz y Vida.

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
18 A 29 AÑOS	16	8,2%	34	17,3%	50	25,5%
30 A 39 AÑOS	12	6,1%	50	25,5%	62	31,6%
40 A 49 AÑOS	11	5,6%	31	15,8%	42	21,4%
50 A 59 AÑOS	8	4,1%	18	9,2%	26	13,3%
MAYOR A 60 AÑOS	3	1,5%	13	6,6%	16	8,2%
TOTAL	50	25,5%	146	74,5%	196	100,0%

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En el cuadro N° 01 se observa que del 100% (196) se encontró que el 74.5% (146) fueron del sexo femenino y 25.5% (50) del sexo masculino.

El 31.6% (62) estuvieron entre las edades de 30 a 39, seguido el 25.5% (50) entre las edades de 18 a 29 años y el 8.2% (16) los mayores de 60 años.

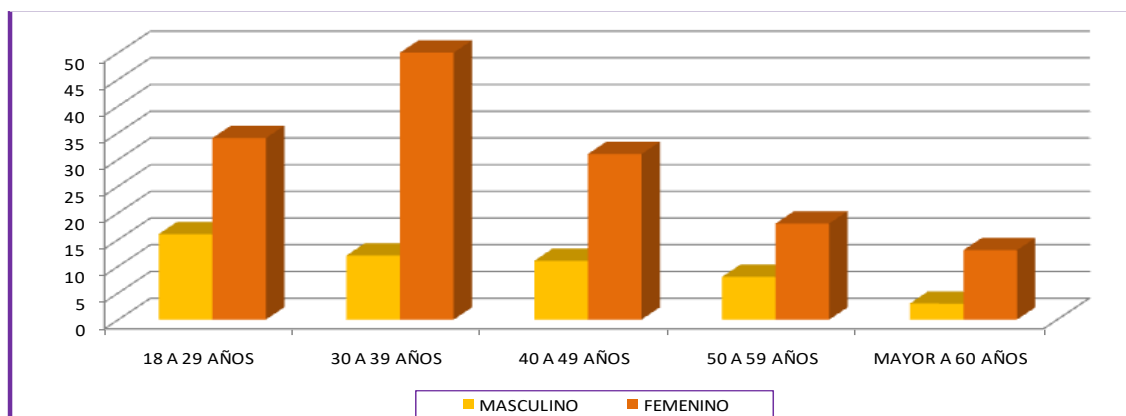


Gráfico N° 01: Distribución según género y grupo etáreo de los usuarios del Programa Médico de la Familia AAHH. Justicia, Paz y Vida

Análisis e interpretación:

En el Gráfico N° 01 se observa que del 100% (196) de las personas encuestadas, el 74.5% (146) fueron del género femenino debido a que esta población se encuentra más disponible a brindar información y que su permanencia es mayoritariamente en el hogar; mientras que, del masculino fue del 25.5% (50).

El 8.2% (16) fueron los mayores de 60 años, esta población se encuentra en poca el asentamiento humano, dato que también lo refleja en este estudio.

Tabla N° 02

Distribución según estado civil de los usuarios del Programa Médico de la Familia AAHH JPV

Estado Civil	n	%
Soltero	33	16,8
Conviviente	72	36,7
Casado	61	31,2
Divorciado	17	8,7
Viudo	13	6,6
TOTAL	196	100,0

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 02 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa el 36.7% (72) son convivientes, esto se debe a que la mayoría de las familias del asentamiento humano se encuentran en la edad adulto joven y que su relación familiar lo inician de esa manera; el 31.2% (61) son casados; el 16.8% (33) son solteros, el 8.7% divorciados y sólo el 6.6% (13) son viudos ellos pertenecen a la población adulto mayor.

Tabla N° 03

Distribución según el grado de instrucción de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV

Grado de Instrucción	n	%
Iletrado	11	5.6%
Primaria	41	20.9%
Secundaria	119	60.7%
Superior técnico	13	6.6%
Superior universitario	12	6.1%
TOTAL	196	100,0

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 03 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa el 60.7% (119) corresponden al grado de instrucción secundaria; el 20.9% (41) son de primaria; el 6.6% (13) son del grado superior técnico, el 6.1% (12) son superior universitario y sólo el 5.6% (11) son iletrados, esta población generalmente lo conforman los adultos mayores del asentamiento humano.

Tabla N° 04

Distribución según ocupación de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV

Ocupación	n	%
Trabajo dependiente	40	20.4
Trabajo independiente	86	43.9
Su casa	70	35.7
TOTAL	196	100,0

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 04 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 43.9% (86) corresponden al trabajo independiente; el 35.7% (70) se dedican en su casa, esto es debido a que la mayor proporción de la población en estudio son del género femenino y el 20.4% (40) corresponden al trabajo dependiente.

Tabla N° 05

Según ingreso económico mensual de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV

Ingreso económico mensual	n	%
Menos de S/ 750	106	54.1
S/ 751 a S/ 999	42	21.4
S/ 1000 a S/ 1,399	19	9.7
S/ 1,400 a S/ 1,799	13	6,6
S/ 1,800 a Más	16	8.2
TOTAL	196	100,0

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En el tabla N° 05 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 54.1% (106) tienen un ingreso económico menor a los S/. 750, esto es debido a que la población en estudio son de clase baja; el 21.4% (42) tienen el ingreso económico de S/. 751 a S/. 999; sólo el 8.2% (16) tienen un ingreso económico de S/. 1,800 a más considerándoseles en la clase media.

Tabla N° 06

Tipo de familia según motivo de atención de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV.

		MOTIVO DE ATENCION			Total	
		ENFERMEDAD AGUDA	ENFERMEDAD CRONICA	CONTROL DE RUTINA		
FAMILIA	PADRES E HIJOS	N	76	13	9	98
		%	56,3%	41,9%	30,0%	50,0%
	PADRES, HIJOS Y NIETOS	N	31	13	10	54
		%	23,0%	41,9%	33,3%	27,6%
	PADRES,HIJOS,TIOS, SABRINOS	N	15	1	1	17
		%	11,1%	3,2%	3,3%	8,7%
	PAPA O MAMA E HIJOS	N	6	3	10	19
	%	4,4%	9,7%	33,3%	9,7%	
PADRASTRO O MADRASTRA	N	7	1	0	8	
	%	5,2%	3,2%	0,0%	4,1%	
Total	N	135	31	30	196	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 06 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 50% (98) son familias conformados por padres e hijos, de ellos el 56.3% (76) presentan enfermedad aguda; el 27.6% (54) son familias conformadas por padres, hijos y nietos, de ellos el 23% (31) tienen enfermedad aguda; sólo el 4.1% (8) son familias conformadas por padrastro o madrastra.

Como se puede observar el 68.9% (135) tienen como motivo de atención la enfermedad aguda; el 15.8% (31) la enfermedad crónica y el 15.3% (30) el motivo de la atención es el control de rutina.

Tabla N° 07

Tiempo de atención según lugar de atención de los usuarios del Programa Médico de la familia AAHH JPV.

			LUGAR DE ATENCIÓN		Total
			DOMICILIO	MODULO DE FAMILIA	
TIEMPO ATENCION	6 A 10 MINUTOS	N %I	5 2,6%	28 14,3%	33 16,8%
	11 A 15 MINUTOS	N %I	4 2,0%	69 35,2%	73 37,2%
	15 A 20 MINUTOS	N %I	2 1,0%	70 35,7%	72 36,7%
	MAYOR A 20 MINUTOS	N %I	12 6,1%	6 3,1%	18 9,2%
	Total	N %	23 11,7%	173 88,3%	196 100,0%

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 07 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 37.2% (73) tienen un tiempo de atención de 11 a 15 minutos, de ellos el 35.2% (69) la atención lo reciben en el módulo de familia; de manera similar el 36.7% (72) tienen un tiempo de atención de 15 a 20 minutos, de ellos, el 35.7% (70) la atención también lo reciben en el módulo; sólo el 9.2% (18) tienen su tiempo de atención mayor a 20 minutos, de ellos, el 6.1% (12) la atención lo reciben en su domicilio.

Asimismo, el 88.3% (173) reciben su atención mediante el módulo de familia y el 11.7% (23) lo reciben en su domicilio.

Tabla N° 08

Percepción de la calidad de atención de los usuarios según las dimensiones de la calidad en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.

		Dimensiones			Total	
		Estructura	Proceso	Resultado		
Percepción de la Calidad de atención	Mala	N	5	9	5	19
		%	2,6%	4,6%	2,6%	9,7%
	Regular	N	4	13	7	24
		%	2,0%	6,6%	3,6%	12,2%
	Buena	N	16	100	37	153
		%	8,2%	51,0%	18,9%	78,1%
Total	N	25	122	49	196	
	%	12,8%	62,2%	25%	100%	

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 08 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 78.1% (153) tienen una buena percepción de la calidad de atención, de ellos el 51% (100) lo enfoca en la dimensión de proceso; el 12.2% (24) tienen una regular percepción de la calidad de atención, de ellos, el 6.6% (13) también lo enfocan en la dimensión de proceso; sólo el 9.7% (19) tienen una mala percepción de la calidad de atención, de ellos, el 4.6% (9) también lo enfocan en la dimensión de proceso.

Respecto a esta tabla podemos decir que del 100%(196) de los usuarios del programa, el 62.2%(122) lo enfocan la calidad en la dimensión de proceso. Y sólo el 12.8% (25) lo enfocan en la dimensión de estructura.

Tabla N° 09

Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en la estructura: oportunidad según seguridad en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.

			Seguridad			Total
			MALA	REGULAR	BUENA	
Oportunidad	MALA	N	16	2	21	39
		%	8,2%	1,0%	10,7%	19,9%
	REGULAR	N	1	17	11	29
		%	0,5%	8,7%	5,6%	14,8%
	BUENA	N	5	2	121	128
		%	2,6%	1,0%	61,7%	65,3%
Total	N	22	21	153	196	
	%	11,2%	10,7%	78,1%	100,0%	

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 09 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 65.3% (128) tienen una buena percepción de la calidad de atención desde el punto de vista de la oportunidad; y el 78.1% (153) tienen una buena percepción de la calidad con respecto a la seguridad.

Asimismo, desde el punto de vista de la percepción de la calidad en la dimensión estructura, el 61.7% (121) de los usuarios tienen una buena percepción en la seguridad y oportunidad, sólo el 8.2% (16) tienen una mala percepción.

Tabla N° 10

Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en el proceso: eficacia según integralidad en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.

			Integralidad			Total
			MALA	REGULAR	BUENA	
Eficacia	MALA	N	8	2	3	13
		%	4,1%	1,0%	1,5%	6,6%
	REGULAR	N	2	18	9	29
		%	1,0%	9,2%	4,6%	14,8%
	BUENA	N	3	7	144	154
		%	1,5%	3,6%	73,5%	78,6%
Total	N	13	27	156	196	
	%	6,6%	13,8%	79,6%	100,0%	

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 10 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 78.6% (154) tienen una buena percepción de la calidad de atención desde el punto de vista de la eficacia, esto indica que el personal del Programa se preocupa por orientarlo y aconsejarlo; y el 79.6% (156) tienen una buena percepción de la calidad con respecto a la integralidad, esto nos muestra que el personal del Programa se preocupa en que el usuario este informado sobre la posibilidad de recibir atención de manera integral para evitar que las enfermedades se instalen.

Asimismo, desde el punto de vista de la percepción de la calidad en la dimensión proceso, el 73.5% (144) de los usuarios tienen una buena percepción en la eficacia e integralidad, sólo el 4.1% (8) tienen una mala percepción

Tabla N° 11

Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en el proceso: accesibilidad según participación social en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.

			Participación social			Total
			MALA	REGULAR	BUENA	
Accesibilidad	MALA	N	8	1	7	16
		%	4,1%	0,5%	3,6%	8,2%
	REGULAR	N	0	13	5	18
		%	0,0%	6,6%	2,6%	9,2%
	BUENA	N	0	9	153	162
		%	0,0%	4,6%	78,1%	82,7%
Total	N	8	23	165	196	
	%	4,1%	11,7%	84,2%	100,0%	

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 11 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 82.7% (162) tienen una buena percepción de la calidad de atención desde el punto de vista de la accesibilidad, esto indica que el usuario tiene facilidad de acceso al Programa; y el 84.2% (165) tienen una buena percepción para la participación social, es decir, ellos tienen la posibilidad de aportar, intervenir o sugerir respecto a las estrategias sanitarias del Programa.

Asimismo, desde el punto de vista de la percepción de la calidad en la dimensión proceso, el 78.1% (153) de los usuarios tienen una buena percepción en la accesibilidad y participación social, sólo el 4.1% (8) tienen una mala percepción.

Tabla N° 12

Percepción de la calidad de atención de los usuarios dimensionado en el resultado: información completa según satisfacción del usuario en el Programa Médico de la familia AAHH JPV.

			Satisfacción			Total
			Mala	Regular	Buena	
Información completa	Mala	N	14	8	6	28
		%	7,1%	4,1%	3,1%	14,3%
	Regular	N	0	17	7	24
		%	0,0%	8,7%	3,6%	12,2%
	Buena	N	0	6	138	144
		%	0,0%	3,1%	70,4%	73,5%
Total	N	14	31	151	196	
	%	7,1%	15,8%	77,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta de investigación a usuarios del Programa Médico de la Familia – AAHH JPV

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 12 se observa que del 100% (196) de los usuarios del programa médico de la familia; el 73.5% (144) tienen una buena percepción de la calidad de atención desde el punto de vista de la información completa, esto indica que el usuario comprendió el procedimiento, diagnóstico y tratamiento referido al motivo de la consulta; y el 77% (151) tienen una buena satisfacción del Programa.

Asimismo, desde el punto de vista de la percepción de la calidad en la dimensión resultado, el 70.4% (138) de los usuarios tienen una buena percepción en la información completa y satisfacción, sólo el 7.1% (14) tienen una mala percepción.

4.2. Análisis inferencial de los resultados.

4.2.1. Con respecto al factor individual.

Planteamiento de la hipótesis.

H_{01} : Los factores individuales no tienen ninguna relación con la percepción de la calidad de atención a los usuarios del programa médico.

Nivel de significación.

Para todo valor p menor o igual que 0.05, se acepta la H_1 y se rechaza la H_{01} .

Zona de rechazo.

Para todo valor p mayor que 0.05, se acepta H_{01} y se rechaza H_1 .

Aplicación del procedimiento estadístico.

Tabla N° 13

Contraste de la razón de verosimilitud: Factores individuales que se relacionan con la percepción de la calidad de atención a los usuarios.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Estructura (a)			
Chi-cuadrado de Pearson	4,434 ^a	4	,351
Razón de verosimilitudes	4,127	4	,389
Asociación lineal por lineal	,962	1	,327
N de casos válidos	196		
Proceso (b)			
Chi-cuadrado de Pearson	4,393 ^b	4	,355
Razón de verosimilitudes	4,793	4	,309
Asociación lineal por lineal	,001	1	,977
N de casos válidos	196		
Resultado (c)			
Chi-cuadrado de Pearson	17,786 ^c	4	,001
Razón de verosimilitudes	18,759	4	,001
Asociación lineal por lineal	8,784	1	,003
N de casos válidos	196		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,29.

b. 4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,63.

c. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,86.

Toma de decisiones.

Teniendo en cuenta los grados de libertad = 4, χ^2 según la tabla = 9.49. La percepción de la calidad de atención, con respecto a la estructura el valor $X^2 = 4.434$ aceptamos la H_{01} ; con respecto al proceso el valor $X^2 = 4.393$ también aceptamos la H_{01} ; con respecto al resultado el valor $X^2 = 17.786$ rechazamos la H_{01} .

Interpretación.

La percepción de la calidad de atención en la dimensión estructural y de proceso no muestra ninguna relación con el factor individual. Pero en la dimensión resultado si existe una relación directa con el factor individual.

4.2.2. Con respecto al factor familiar.

Planteamiento de la hipótesis.

H_{02} : Los factores familiares no tienen ninguna relación con la percepción de la calidad de atención a los usuarios del programa médico.

Nivel de significación.

Para todo valor p menor o igual que 0.05, se acepta la H_1 y se rechaza la H_{02} .

Zona de rechazo.

Para todo valor p mayor que 0.05, se acepta H_{02} y se rechaza H_1 .

Aplicación del procedimiento estadístico.

Tabla N° 14

Contraste de la razón de verosimilitud: Factores familiares que se relacionan con la percepción de la calidad de atención a los usuarios.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Estructura			
Chi-cuadrado de Pearson	19,946 ^a	8	,011
Razón de verosimilitudes	17,418	8	,026
Asociación lineal por lineal	5,800	1	,016
N de casos válidos	196		
Proceso			
Chi-cuadrado de Pearson	23,084 ^a	8	,003
Razón de verosimilitudes	19,387	8	,013
Asociación lineal por lineal	5,824	1	,016
N de casos válidos	196		
Resultado			
Chi-cuadrado de Pearson	10,058 ^a	8	,261
Razón de verosimilitudes	9,345	8	,314
Asociación lineal por lineal	2,318	1	,128
N de casos válidos	196		

a. 6 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,86.

b. 8 casillas (53,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,33.

c. 7 casillas (46,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,57.

Toma de decisiones.

Teniendo en cuenta los $gl = 8$, χ^2 según la tabla= 15.51. La percepción de la calidad de atención, con respecto a la estructura el valor $X^2 = 19,946$ rechazamos la H_{02} ; con respecto al proceso el valor $X^2 = 23,084$ también rechazamos la H_{02} ; con respecto al resultado el valor $X^2 = 10,058$ aceptamos la H_{02} .

Interpretación.

La percepción de la calidad de atención en la dimensión estructural y de proceso muestra relación con el factor familiar. Pero en la dimensión resultado no existe una relación directa con el factor familiar.

4.2.3. Con respecto al factor servicio de la salud.

Planteamiento de la hipótesis.

H_{03} : Los factores del servicio de salud no tienen ninguna relación con la percepción de la calidad de atención a los usuarios del programa médico.

Nivel de significación.

Para todo valor p menor o igual que 0.05, se acepta la H_1 y se rechaza la H_{03} .

Zona de rechazo.

Para todo valor p mayor que 0.05, se acepta H_{03} y se rechaza H_1 .

Aplicación del procedimiento estadístico.

Tabla N° 15

Chi cuadrado y Contraste de la razón de verosimilitud: Factores servicio de la salud que se relacionan con la percepción de la calidad de atención a los usuarios.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Estructura			
Chi-cuadrado de Pearson	12,317 ^a	6	,055
Razón de verosimilitudes	14,070	6	,029
Asociación lineal por lineal	2,439	1	,118
N de casos válidos	196		
Proceso			
Chi-cuadrado de Pearson	7,824 ^b	6	,251
Razón de verosimilitudes	8,595	6	,198
Asociación lineal por lineal	6,272	1	,012
N de casos válidos	196		
Resultado			
Chi-cuadrado de Pearson	7,515 ^c	6	,276
Razón de verosimilitudes	8,714	6	,190
Asociación lineal por lineal	,487	1	,485
N de casos válidos	196		

a. 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,93.

b. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,73.

c. 3 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,29.

Toma de decisiones.

Teniendo en cuenta la significancia de 0.05 y los $gl = 6$, χ^2 según la tabla= 12.59. La percepción de la calidad de atención, con respecto a la estructura el valor $X^2 = 12,317$ aceptamos la H_{03} ; con respecto al proceso el valor $X^2 = 7.824$ también aceptamos la H_{03} ; con respecto al resultado el valor $X^2 = 7.515$ aceptamos la H_{03} .

Interpretación.

La percepción de la calidad de atención en las dimensiones estructural, proceso y resultado no muestran ninguna relación con el factor servicio de salud. Es decir, con el espacio que se brinda la atención y la duración de la atención.

4.2.4. Con respecto a la correlación de los factores con la percepción de la calidad de atención.

Planteamiento de la hipótesis.

H_i : Los factores individual, familiar y servicio de salud son los que influyen en la percepción de la calidad de atención.

H_o : Los factores individual, familiar y servicio de salud no influyen en la percepción de la calidad de atención.

Nivel de significación.

Para límites de confianza al 95%, que no se traslapen en la línea divisoria del valor 1, se acepta la H_1 y se rechaza la H_o .

Zona de rechazo.

Si alguno de los límites inferior o superior rebasa la línea divisoria del valor 1, se acepta H_o y se rechaza H_1 .

Aplicación del procedimiento estadístico.

Tabla N° 16

Contraste de la razón de verosimilitud: Factores individual, familiar y servicio de salud que se relacionan con la percepción de la calidad de atención.

		Percepción de la calidad de atención			Total	
		Estructura	Proceso	Resultado		
Tipo de Factor	Factor Individual	N	2	30	6	38
		%	1,0%	15,3%	3,1%	19,4%
	Factor Familiar	N	2	36	19	57
		%	1,0%	18,4%	9,7%	29,1%
	Factor Servicio Salud	N	21	56	24	101
		%	10,7%	28,6%	12,2%	51,5%
Total	N	25	122	49	196	
	%	12,8%	62,2%	25,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,003 ^a	4	,003
Razón de verosimilitudes	17,155	4	,002
Asociación lineal por lineal	1,755	1	,185
N de casos válidos	196		

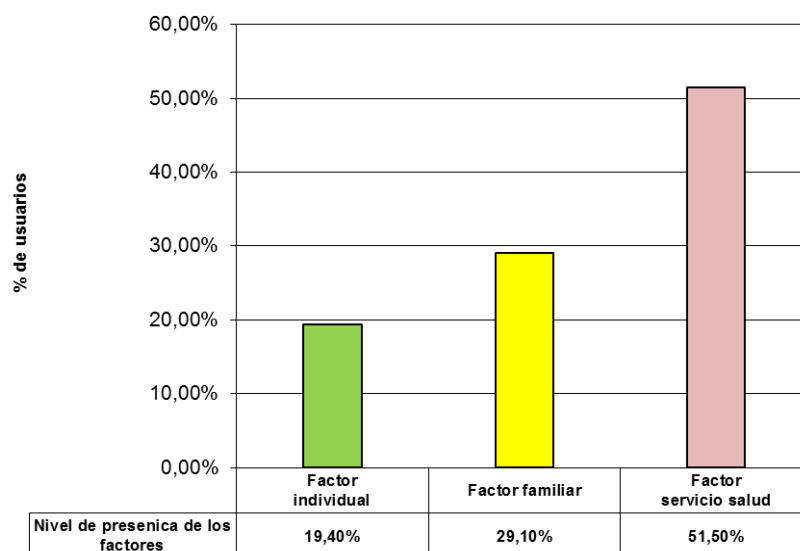
a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,85.

Toma de decisiones.

Según el intervalo de confianza al 95%, el alfa = 0.05; observamos el $X^2 = 16,003$ con $gl = 4$ y una significancia de 003. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis de investigación.

Interpretación.

Hay una correlación estadísticamente significativa entre los factores individual, familiar y de servicio de salud influyen en la percepción de la calidad en la atención de los usuarios del Programa médico de la familia.



Fuente: Cuestionario.

Gráfico N° 02; Nivel de presencia de los factores que se relacionan con la percepción de la calidad de atención.

Análisis e interpretación.

En el gráfico 02, del 100% (196) de usuarias que tienen presencia en la percepción de la calidad, el 19.4% (38) factor individual; el 29.1% (57) en el factor familiar y el 51.5%(101) en el factor servicio de salud.

4.3. Discusión de los resultados.

La percepción de la calidad de los usuarios externos constituye uno de los puntos clave para poder determinar la calidad de la atención en salud, por lo que este trabajo de investigación analizó los factores que más influyen en dicha percepción, utilizando un instrumento que incluyó indicadores del modelo de Avedis Donabedian acerca de la medición de la calidad de atención, es decir las dimensiones estructura, proceso y resultado, utilizando una encuesta validada para este estudio.

Los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del Programa Médico de la Familia, la teoría menciona que es principio de la medicina familiar: estar comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial, esforzarse por comprender el contexto de la enfermedad, ver cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud, ver su práctica como una «población en riesgo», verse a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud, idealmente se debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes, ver a los pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital, ser gerente de recursos, agregar importancia a los aspectos subjetivos de la medicina; estas actividades son percibidas por los usuarios a través de la relación médico paciente, entendiéndose esto último como el proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben tratando de entender y organizar los estímulos generados por el

ambiente y darles sentido, de esta manera se logra la satisfacción del paciente, siendo ésta última un indicador de calidad de la atención prestada.

Con relación a las características de los usuarios encuestados, éstos fueron mayoritariamente del sexo femenino, concordante con los estudios de Motilla, Medina, Ruiz, Ramos, Seclen y Acosta, siendo ésta última datos hospitalarios; el grupo etario hallado con más frecuencia fue el de 30 a 39 años; el estado civil que predominó fue el conviviente; el grado de instrucción hallado con más frecuencia fue el de educación secundaria, significando una población mejor informada; la ocupación predominante fue la de trabajo independiente; con un ingreso menor a S/. 750.00 vale decir menos del mínimo vital; con un tipo familiar nuclear; el mayor porcentaje de los encuestados acude por enfermedades agudas; atendidos en los módulos de familia y con un tiempo entre 11 a 20 minutos.

El presente estudio encontró en el análisis del total de preguntas respondidas que la percepción de la calidad fue buena en 78.2%, regular en 12.1% y mala en 9.7%, coincidente con la investigaciones de Vasquez, Vena ambas realizadas a población de gestantes, Medina y Ruiz aplicaron su investigación a población atendidas por el médico de familia; Acosta, Morales y Ramos también tuvieron valores altos de percepción de calidad buena y satisfacción. Seclén reporta en un estudio nacional que la satisfacción fue de 68.1%. Como se mencionó anteriormente, los estudios de calidad de atención, satisfacción del

usuario y la percepción de los usuarios ya son considerados como métodos de evaluación de los servicios de salud.

A partir de la premisa de reducir las desigualdades en salud, se han desarrollado esfuerzos por medir la percepción de la calidad de atención así como la satisfacción de los servicios de salud, las cuales son de referencia para la formulación y aplicación de políticas sanitarias.

Por lo que al explorar la relación entre los factores que influyen en la percepción de la calidad de acuerdo a las dimensiones de estructura (estándar oportunidad y seguridad), proceso (estándar eficacia, accesibilidad, integralidad, trabajo en equipo y participación social) y resultado (estándar respeto al usuario, información completa y satisfacción del usuario), se obtuvo que:

La relación con los grupos etarios mostró buena percepción de la calidad de atención desde los 18 hasta los mayores de 60 años, para Medina fue el grupo de 45 a 54 años, siendo éste un estudio de satisfacción al igual que Seclen quien afirma que los de mayor edad son los que más satisfechos se encuentran. Teniendo valores más bajos la percepción regular y mala, en ese orden. Individualmente la dimensión estructura tuvo percepción mala en estos mismos grupos de edad, pero con valores menores, Ramos refiere que los adultos jóvenes percibieron una relación médico paciente inadecuada. Esto tendría relación con la concepción sobre el proceso salud-enfermedad de las poblaciones actuales quienes ven que la atención es un proceso de interacción y responsabilidad compartida con el servicio de salud, y donde su participación es crucial para resolver sus problemas.

En el presente estudio hubo asociación entre el sexo y la percepción de la calidad de atención en las dimensiones proceso y resultado no encontrándose asociación en la dimensión estructura.

La relación con el estado civil y la percepción de la calidad de atención en general fue buena, se aprecia que en los del grupo divorciado existe un incremento en mala percepción, esto podría deberse a que estos usuarios estarían experimentando sentimientos de abandono familiar, baja autoestima y afectación de su percepción.

Se encontró, en general que, la percepción de la calidad de atención en relación al grado de instrucción fue buena en el grupo iletrado, primaria y secundaria, esto se debería a la idea del proceso de atención de su problema de salud a la que no consideraría como compleja, sino mas bien el ser tratado, cordialmente y el respeto a sus pareceres y creencias sean solucionados. A la vez. Se encontró que la población con grado de instrucción superior técnico y universitario presenta percepciones algo elevadas de mala y regular calidad de atención, en las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. Esto se debería a que los de mayor grado de instrucción esperan servicios de mayor complejidad, con acceso a médicos especialistas, mayores procedimientos y exámenes de laboratorio, los cuales no se encuentran en los módulos de familia. Motilla no encontró diferencias importantes en su análisis por nivel de estudios al igual que Ramos.

Se encontró, en general que, la percepción de la calidad de atención en relación a la ocupación fue buena en los grupos trabajo independiente, dependiente y su casa. A la vez se encontró que la población de

ocupación su casa presenta percepciones algo elevadas de mala calidad de atención, en las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado; esto se debería a que tendrían mayor tiempo libre para hacer más perceptible la calidad de atención ya que permanecen la mayor parte del tiempo en la jurisdicción del módulo de familia.

Se encontró que las poblaciones de mayores ingresos económicos (mayor a S/. 1400.00) presentan valores algo elevados de percepción mala de la calidad de atención siendo mayor en la dimensión estructura. Concordando con Seclén quien halló datos similares. Esto podría deberse a las expectativas que tendrían las personas de mayores ingresos económicos con la atención de un establecimiento sin médicos especialistas.

Se encontró que la mayoría son familias nucleares, coincidentes con las encuestas nacionales, la mayoría de los grupos familiares tienen la percepción buena de la calidad de atención, los grupos de familia monoparental y reconstituida presentan valores algo elevados de percepción mala en las dimensiones estructura y proceso, podría deberse a la necesidad de búsqueda del servicio de salud ante hogares disfuncionales, problemas de alcoholismo, conducta antisocial, conducta suicida y métodos incorrectos de crianza.

La relación con el tipo de enfermedad y la percepción de la calidad de atención en general fue buena, se aprecia que en aquellos encuestados con control de rutina se encuentran valores algo elevados de mala percepción de la calidad de atención en las tres dimensiones, esto se debería a que al ser controles de enfermedades ya diagnosticadas,

éstos usuarios hagan comparaciones entre lo brindado por el módulo de familia y por otros prestadores de salud.

En el presente estudio hubo asociación entre el lugar de atención y la percepción de la calidad de atención en las dimensiones proceso y resultado siendo buena la percepción.

Se encontró, en general que, la percepción de la calidad de atención en relación al tiempo de duración de la atención fue buena, aquellos encuestados atendidos de 6 a 10 minutos manifiestan valores algo elevados en la percepción mala, esto se debería a la idea de que no se le estaría tratando bien, ni cordialmente ni que su estado de salud se esté solucionando.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se ha concluido que:

- * Del 100% (196) de usuarias que tienen presencia en la percepción de la calidad, el 19.4% (38) factor individual; el 29.1% (57) en el factor familiar y el 51.5% (101) en el factor servicio de salud
- * Los factores individuales como: edad, género, estado civil, grado de instrucción, tiempo laboral e ingreso económico, no influyen en la dimensión de estructura (significancia = 0.351) ni en el proceso (significancia = 0.355) de la percepción de la calidad de atención, porque todos ellos son mayores que el alfa = 0.05; pero si influye en el resultado (significancia = 0.001), además porque el cálculo del valor $X^2= 17.786$ con $gl=4$.
- * Los factores familiares como: tipo de familia y tipo de enfermedad no influyen en la dimensión de resultado (significancia = 0.261) porque es mayor que el alfa = 0.05; pero si influye en la estructura (significancia = 0.011) y en el proceso (significancia = 0.003), además porque con $gl=8$, se obtuvo el valor $X^2=19.946$ y $X^2=23.084$ respectivamente.
- * Los factores de servicio de la salud como espacio de atención y tiempo de atención no influyen en la dimensión de estructura (significancia = 0.055); tampoco en el proceso (significancia = 0.251) ni en el resultado (significancia = 0.276) porque todos ellos son mayores que el alfa = 0.05.
- * Teniendo como resultado final el valor $X^2= 16.003$ con $gl=4$ y un p valor= 0.003, menor que el alfa= 0.05; concluimos que los factores influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del programa médico de la familia.

RECOMENDACIONES

- Mejorar los estándares de la dimensión estructura, para que el usuario perciba una mejor calidad de atención.
- Implementar procesos de capacitación del capital humano, para mejorar la buena percepción de la calidad de atención, aplicando técnicas de administración como el liderazgo y la motivación.
- Realizar estudios que permitan medir tanto el grado de satisfacción de los usuarios del programa médico de la familia, ya que también es un instrumento de medida de la calidad de atención.
- Realizar estudios con muestras equivalentes a los usuarios luego de un año de atención.
- Realizar investigaciones que incluyan preguntas abiertas de opinión de los usuarios.
- Aplicar un Plan de Intervención en Calidad, destinadas a lograr mejores niveles de calidad en la atención del Programa Médico de la Familia, a fin de cumplir con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Acosta Evangelista, Z. (2004). Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima.
- 2 Aguilar-Morales, J.E. y Vargas-Mendoza, J. E. (2010) Servicio al cliente. Network de Psicología Organizacional. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- 3 Amaro Cano M. Gestión Administrativa en Medicina Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(4):
- 4 Baptista M. León M. Mora C. Neuromarketing: conocer al cliente por sus percepciones. Tec Empresarial, Noviembre 2010, Vol 4 Num 3 / p. 9-19.
- 5 Calero Muñoz, S. Médicos de familia: el todo y sus partes. AMF 2011;7(4):182-183
- 6 Calidad Asistencial. Revista de ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL. Suplemento nº1 2001, Volumen 16.
- 7 Canta Ventura L. ATENCION INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD DIRESA AMAZONAS Disponible en http://www.regionamazonas.gob.pe/sede/intranet/archivos/documentos/rsch/gestion/2013/04/dg2013_004.pdf
- 8 Garcia, J. Calidad Total. Disponible en <http://externos.uma.es/cuadernos/pdfs/papeles34.pdf>
- 9 Jovell Fernandez, A. Medicina Basada en los Pacientes ¿Quién y cómo hay que formar a los médicos?. Jano 20-26 de junio de 2008. N° 1.701. Disponible en <http://www.carloshaya.net/biblioteca/docs/p46.pdf>
- 10 Medina Lorente G. Vargas TorresJ, Romero Villar R, Crespo Bello E Lemes Báez J. Satisfacción De La Población Con El Médico De La Familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6):571-80.
- 11 MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR Y TURISMO. Manual de Buenas Prácticas para la atención de Clientes. Lima-Perú 2010

- 12 MINISTERIO DE SALUD PERU. Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud
- 13 Ministerio de Salud Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico. 2011
- 14 Ministerio de Salud Perú. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Documento técnico. 2006
- 15 Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33. Disponible en <http://www.wordreference.com/definicion/factor>
- 16 Miriam Motilla Fraile, M. y col. ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia?. Rev Clin Med Fam v.2 n.6 Albacete feb. 2009
- 17 Motilla Fraile M, Sánchez-Oro Gómez R, Curiel Sainz O, Rodríguez Macías B, Jesús López Gil J, López de Castro F. ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia?. REV CLÍN MED FAM 2009; 2 (6): 263-268
- 18 Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia: Factores condicionantes. Ginebra: OMS; 2003.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra 2008.
- 20 Oviedo, L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de estudios sociales, nº 18, agosto de 2004, 89-96.
- 21 Ramos Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú [tesis de título de médico cirujano]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008
- 22 Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Muñoz Alamo M, Jiménez García C, González Nebauer V, Alba Dios A, Barrios Blasco L y Criado Larumbe M. Satisfacción De Los Pacientes Con La Comunicación En Las Consultas De Medicina De Familia: Comparación De Tres Métodos Para

- Investigar Necesidades No Satisfechas. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 315-322
- 23 Seclén-Palacin, J y Darras, C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. An Fac Med Lima 2005; 66(2) Págs. 127-141
- 24 Suárez-Bustamante, M. La Medicina Familiar en el Perú: Evolución y Desafíos. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(3): 309-15.
- 25 Vásquez López / B. Boschetti Fentanes / C. Monroy Caballero / R, Ponce Rosas. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. Archivos en medicina familiar 2005; 7(2):57-60
- 26 Vena M, Revolo Sánchez M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. Med fam Andal. 2011; 12(3):273-85

WEBGRAFIA

- 1) Bioseguridad en Centros y Puestos de Salud.1997.Acceso: 16 de Julio del 2013. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSBPT/96_BIOSEGUR.pdf
- 2) Condiciones necesarias para ofrecer un servicio de calidad. Puro Marketing Diario Digital Líder de Marketing, Publicidad y Social media en Español. Disponible en: <http://www.puromarketing.com/13/12498/condiciones-necesarias-para-ofrecer-servicio-calidad.html#>
- 3) Gobierno Regional Junín. Fortalecimiento en las unidades de atención primaria de salud con médicos familiares para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los pobladores del asentamiento humano Justicia, Paz y Vida en el distrito El Tambo – provincia de Huancayo – Junín. Disponible en: http://ofi.mef.gob.pe/appFD/Hoja/VisorDocs.aspx?file_name=2801_OPIGRJU_201178_10271.pdf
- 4) Ian McWhinney. ORÍGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR. Disponible en <http://www.intramed.net/UserFiles/origenes.pdf>
- 5) IBM Institute for Business Value. La sanidad en 2015: perder o ganar en el proceso de transformación del sector sanitario. Disponible en: <https://www-304.ibm.com/easyaccess/files/serve?contentid=129574>
- 6) La percepción. Disponible en http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectorgraduacion/archivos/1126.pdf
- 7) Menendez R. Evolución del concepto de Calidad. REV. ESP. TRASP. Vol. 10 N.º 3 – 169. Disponible en <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/trasplantes3/169-175.pdf>
- 8) Modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donavedian. Disponible en <http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>.
- 9) Morales Rivas, Martha y Carvajal Garcés, Carola. Percepción de la calidad de atención por el usuario de Consulta externa del centro de salud Villa Candelaria. Disponible en <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcba/v19n29/v19n29a05.pdf>

- 10) Villegas Periñán, M y Rosa Díaz, M. LA CALIDAD ASISTENCIAL: CONCEPTO Y MEDIDA. Revista Dirección y organización. Disponible en <http://www.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewFile/142/142>.

ANEXOS



Anexo N° 01.

CARTA DE PRESENTACION

Huancayo, julio del 2013

Sr.

Coordinador del Programa Médico de la Familia del AAHH Justicia Paz y vida.

Presente.-

Estimado Señor Reciba usted un saludo cordial y a la vez el agrado de presentar al Médico Cirujano egresado del programa de Maestría en Gestión de servicios de Salud de la Escuela de Post grado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, quien desea ejecutar un proyecto de investigación titulado "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA MEDICO DE LA FAMILIA - ASENTAMIENTO HUMANO JUSTICIA PAZ Y VIDA"

Dicho proyecto tiene como objetivo de Determinar los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del Programa Médico de la Familia, mediante una entrevista con un instrumento de recolección de datos y con una duración aproximada de 10 minutos por paciente.

Por tal motivo, agradeceré a usted se brinde las facilidades para el desarrollo de la recolección de información de datos de las pacientes atendidos en el programa de Un medico por familia, previa coordinación.

Reconocidos por su alto espíritu de colaboración, me suscribo de usted.

Atentamente,

Investigador



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"



Cód. : E.A.....

Fecha:.....

Anexo N° 02.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA MEDICO DE LA FAMILIA - ASENTAMIENTO HUMANO JUSTICIA PAZ Y VIDA".

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un personal autorizado. Entiendo que la entrevista formará parte de una investigación centrada en conocer los "Factores que influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del programa médico".

Entiendo que seré entrevistado(a) en el servicio que laboro en los horarios que me citen. Se me harán algunas preguntas acerca de mi experiencia, mis opiniones acerca de mi característica de vida. La entrevista durará aproximadamente 20 minutos. Es también de mi conocimiento que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualesquiera preguntas o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas.

Este estudio contribuirá a entender mejor las experiencias de los padres y los servicios que pueden ser de mayor ayuda para ellos y sus hijos. Sin embargo, Yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación o como compensación por cualquier esfuerzo, molestia o costo monetario asociados con mi participación en este estudio.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que el encuestador es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo.

Fecha:

Firma del(a) entrevistado(a)

Firma del Entrevistador

ANEXO 3 Cuestionario

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA MEDICO DE LA FAMILIA - ASENTAMIENTO HUMANO JUSTICIA PAZ Y VIDA

Buenos días, estoy trabajando un estudio, que servirá para elaborar una tesis profesional, acerca de los factores que influyen en la percepción de la calidad de atención de los usuarios del programa médico de la familia, y así aportar en la mejora de la calidad de su atención; los datos obtenidos serán manejados con profesionalismo y seriedad.

Por lo cual suplico a Usted. Leer las preguntas y marcar las respuestas honestamente según crea conveniente:

1. ¿Cuántos años tiene?

2. ¿Cual es su sexo?

3. ¿Cual es su estado civil?

4. ¿Cual es su g° de instruccion?

5. ¿Cual es su ocupacion?

6. ¿Cuanto es su ingreso económico mensual?

7. ¿Cuál es su tipo de familia?

8. ¿Cuál es su motivo de atención?

9. ¿Cuál es el lugar donde se atiende?

10. ¿Cuánto tiempo duró su atención?

INSTRUCCIONES: Marcar con **X** debajo de las columnas de valoración por cada afirmación, considerando:

TD TOTALMENTE DESACUERDO **DA** DE ACUERDO
D DESACUERDO **TA** TOTALMENTE DE ACUERDO
R REGULAR

AFIRMACIONES	TD	D	R	DA	TA
11. ¿Los equipos, materiales e instrumentos durante su atención en el Programa Médico de la Familia fueron suficientes?					
12. ¿El Programa Médico de la Familia dispone de agua, servicios higienicos y distribución adecuada de tachos para el recojo de basura?					
13. ¿El personal del Programa Médico de la Familia maneja la atención a nivel individual y colectiva mediante un reglamento de atención?					
14. ¿Usted tiene facilidad de acceso al Programa Médico de la Familia?					
15. ¿Existen las condiciones necesarias como: los precios se acomodan a su economía?					
16. ¿El personal del Programa Médico de la Familia se preocupa por orientarlo, aconsejarlo y/o estimularlo en que usted se preocupe en el cuidado de su salud?					
17. ¿El personal del Programa Médico de la Familia se preocupa en que usted este informado sobre la posibilidad de recibir atención para evitar que las enfermedades se instalen?					
18. ¿La información acerca de medidas preventivas en salud, según su criterio, fueron suficientes?					
19. ¿Esta usted satisfecho con las acciones dirigidas respecto a las medidas curativas?					
20. ¿Está usted satisfecho con las acciones del personal del Programa Médico de la Familia con respecto a la rehabilitación de su salud?					
21. ¿El personal del Programa Médico de la Familia se preocupa por mejorar la calidad de					
22. ¿Tiene usted la posibilidad de aportar, intervenir o sugerir respecto a las estrategias sanitarias del Programa Médico de la Familia?					
23. ¿El personal del Programa Médico de la Familia es atento y amable con usted?					
24. ¿En el Programa Médico de la Familia existen mecanismos de escucha e información al					
25. ¿La información que le brindó el personal del Programa Médico de la Familia es completa acerca de procedimientos, diagnóstico y tratamiento referido al motivo de su consulta?					
26. ¿Está usted satisfecho con el trato recibido?					
27. ¿Está usted satisfecho con los servicios prestados?					

MUCHAS GRACIAS