



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**Estudio de los Tiempos de Espera de Atención y su Relación con la Satisfacción  
de los Usuarios del Centro De Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14**

**AUTORA:**

**Martínez Holguín Andrea Evelyn**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**TUTORA:**

**CPA. Laura Guadalupe Vera Salas, Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD  
CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Obstetra Andrea Evelyn Martínez Holguín, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud.

**DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**CPA. Laura Guadalupe Vera Salas, Mgs.**

**REVISORA**

---

**Ing. Elsie Zerda Barreno, Mgs.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD.**

**Guayaquil, a los 17 días del mes de Septiembre del año 2020.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Andrea Martínez Holguín**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación **Estudio de los Tiempos de Espera de Atención y su Relación con la Satisfacción de los Usuarios del Centro De Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 17 días del mes de Septiembre del año 2020.**

**LA AUTORA**

---

**Obst. Andrea Evelyn Martínez Holguín**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Andrea Evelyn Martínez Holguín**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Estudio de los Tiempos de Espera de Atención y su Relación con la Satisfacción de los Usuarios del Centro De Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 17 días del mes de Septiembre del año 2020.**

**LA AUTORA**

---

**Obst. Andrea Evelyn Martínez Holguín**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**REPORTE URKUND**

URKUND María del Carmen Lapo Maza (maria.lapo) ▼

Documento: [Trabajo Final Andrea Martinez.docx](#) (D63807474)

Presentado: 2020-02-12 13:22 (-05:00)

Presentado por: anoriu2512@gmail.com

Recibido: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: Trabajo de Titulación Andrea Martinez Holguin. [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 62 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Tesis Andrea Martinez-final.docx
	Tesis Andrea Martinez-final.docx
	<a href="#">Proyecto de Investigacion 100% octubre.docx</a>
	<a href="#">Proyecto de Investigacion 100% octubre.docx</a>
	<a href="#">Proyecto de Investigacion 100% docx</a>
	<a href="#">Lcta. Monica Tamayo 21 agosto.doc</a>
	<a href="#">Tesis MGSS Adriana Nieto (Paso por Urkund).pdf</a>
	536.docx

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

## **Agradecimiento**

Mi agradecimiento infinito y eterno a quien me forjo dentro del camino correcto y nunca me dejo decaer Mi Madre, a Dios por cada una de las bendiciones que me ha dado a lo largo de mi vida y una de ellas la más importante a mi Hijo Alejandro, un pilar fundamental mi Esposo quien siempre estuvo a mi lado apoyándome en cada decisión tomada para mi superación personal y profesional.

Gracias mamá y padre celestial.

*Andrea Martínez Holguín*

### **Dedicatoria**

En el transcurso de la vida nos damos cuenta de que nada es fácil y a pesar de ello siempre había una palabra de motivación, siempre dijiste que la vida no es fácil y se encuentra llena de muchos retos, los mismos que me ayudaste a superarlos con amor incondicional siempre a mi lado. A pesar de ahora tener mi propia familia y no conversar a diario siempre está pendiente de mí, de tus nietos y de tu querido yerno.

Por tanto, que me diste y me sigues dando te dedico este trabajo a ti.

¡¡¡Muchas Gracias Mamá!!!

*Andrea Martínez Holguín*

**Índice General**

Introducción .....	1
Antecedentes .....	3
Planteamiento de la investigación .....	3
Formulación del problema .....	6
Justificación.....	6
Preguntas de investigación .....	9
Objetivos de la investigación .....	9
Objetivo general .....	9
Objetivos específicos.....	9
Capítulo I.....	10
Fundamentación Teórica Conceptual.....	10
Tiempos de espera.....	10
Modelos de línea de espera .....	12
Calidad de atención en salud.....	13
Atención Primaria .....	15
Satisfacción del paciente .....	15
Teoría de la expectativa.....	17
Atributos del servicio de salud .....	17
Comunicación e información .....	18

Cortesía y apoyo emocional .....	19
Eficiencia de la atención / organización efectiva .....	19
Calidad Técnica.....	19
Satisfacción del Usuario.....	21
Medición de la calidad de servicio .....	24
Tiempo de espera de atención en la Salud .....	24
Percepción de la calidad.....	28
El problema de la calidad en la salud.....	29
Evaluación de la calidad.....	32
Impacto final en la salud .....	32
El ciclo de garantía de calidad.....	34
Modelo Servqual .....	35
Marco Conceptual .....	39
Capítulo II .....	40
Marco Referencial.....	40
Estudios realizados en el mundo .....	40
Reseña Histórica de la institución de salud.....	42
Pedro Carbo.....	42
Centro de Salud Materno Infantil Pedro Carbo.....	43
Servicios Médicos .....	44

Personal médico .....	45
Marco Legal. ....	46
Estructura del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.....	48
Niveles de Atención .....	49
Centro de salud.....	51
Capítulo III .....	53
Marco Metodológico .....	53
Tipo de investigación .....	53
Investigación descriptiva.....	53
Diseño de la investigación.....	53
Alcance de la Investigación.....	54
Métodos y procedimientos .....	54
Criterios de Inclusión .....	54
Criterios de Exclusión. ....	54
Definición de variables.....	54
Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	56
Técnicas de procesamiento y análisis de datos .....	57
Población.....	57
Muestra.....	58
Validación del cuestionario.....	58

Resultados ..... 59

Resultados de la variable tiempo de espera..... 63

Evaluación de las dimensiones de calidad de servicios ..... 66

Análisis de Fiabilidad..... 66

Discusión..... 67

Capítulo IV ..... 71

Propuesta de intervención ..... 71

Objetivos ..... 71

Desarrollo ..... 71

Objetivo Uno ..... 71

Objetivo Dos ..... 72

Objetivo Tres..... 72

Objetivo Cuatro ..... 73

Metas e Indicadores..... 73

Objetivo Uno ..... 73

Objetivo Dos ..... 73

Objetivo Tres..... 73

Objetivo Cuatro ..... 73

Costo y personal asignado para la ejecución de la propuesta..... 74

Cronograma de capacitaciones ..... 74

Propuesta para mejorar el tiempo de espera de los usuarios .....	78
Conclusiones .....	80
Recomendaciones.....	82
Referencias .....	83
Apéndice.....	91
Encuesta .....	91

**Índice de Figuras**

Figura No. 1 Mapa de Pedro Carbo en Ecuador y en la Provincia del Guayas. ....	42
Figura No. 2 Fachada de Centro de salud Tipo C Pedro Carbo .....	44
Figura 3 Nivel de Instrucción de las personas encuestadas .....	60
Figura 4 Grado de satisfacción global de las personas encuestadas en relación a los servicios recibidos. ....	60
Figura 5 Porcentaje de satisfacción de los usuarios del centro de salud, por dimensiones.....	61
Figura 6 Porcentaje de satisfacción en la dimensión de fiabilidad. ....	61
Figura 7. Porcentaje de satisfacción en la dimensión de capacidad de respuesta. ....	62
Figura 8 Porcentaje de satisfacción en la dimensión de seguridad. ....	62
Figura 9 Porcentaje de satisfacción en la dimensión de empatía. ....	63
Figura 10 Porcentaje de satisfacción en la dimensión de aspectos tangibles.....	63
Figura 11 ¿Cuánto tiempo le tomó tramitar su cita en el área de admisión? .....	64
Figura 12. ¿Cuánto tiempo esperó en la sala de espera antes de la consulta?.....	64
Figura 13. ¿Cuánto tiempo duró la atención dentro del consultorio? .....	65
Figura 14. ¿Está de acuerdo con el tiempo que esperó durante su atención en el centro de salud?.....	65

## Índice de Tablas

Tabla 1.....	11
Análisis de servicios hospitalarios .....	11
Tabla 2.....	59
Coeficiente de Alfa de Cronbach .....	59
Tabla 3.....	59
Valores sugeridos para KMO.....	59
Tabla 4.....	66
Resultados de las dimensiones .....	66
Tabla 5.....	67
Medidas de confiabilidad de constructo.....	67
Tabla 6.....	74
Costo y personal asignado para la ejecución de la propuesta.....	74
Tabla 7.....	75
Cronograma de actividades .....	75
Tabla 8.....	78
Plan de mejoras con el tiempo de espera.....	78

## Resumen

En la actualidad las instituciones de salud tanto públicas como privadas evalúan constantemente los servicios médicos a través de instrumentos validados, estos son aplicados a los usuarios para conocer las falencias y realizar una retroalimentación. El objetivo de este estudio fue analizar el tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios del centro de salud tipo C Pedro Carbo – distrito 09d14 Esta investigación es descriptiva de enfoque cuantitativo que se recolectó datos mediante la aplicación de un cuestionario validado con los tiempos de espera de atención y la satisfacción de los usuarios del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14. La validación global fue de 0.80 por lo tanto, el instrumento es altamente fiable. La edad promedio fue de 26 años y el 72% de los usuarios tenían nivel secundario. El nivel de satisfacción de los usuarios fue medido por dimensiones. En relación a esta medición, se observó que la capacidad de resolución de la unidad de salud fue la que mayor porcentaje de satisfacción causó con el 49,8%. Además, el 75% de los usuarios les tocó esperar entre 31 a 59 minutos para tramitar su cita en el área de admisión y el 80% espero entre 31 minutos a dos horas antes de ser atendido. Finalmente, se realizó un plan para mejorar el tiempo de espera en la institución.

**Palabras Claves:** satisfacción usuaria – tiempos de espera – Servqual - Centro de Salud Tipo C Pedro

### **Abstract**

At present, both public and private health institutions constantly evaluate medical services through validated instruments, these are applied to users to find out the shortcomings and provide feedback. The objective of this study was to analyze the waiting time and its relationship with the satisfaction of the users of the Pedro Carbo type C health center - district 09d14 This research is descriptive of a quantitative approach that collected data by applying a questionnaire validated with waiting times for care and user satisfaction at the Pedro Carbo Type C Health Center - District 09D14. The global validation was 0.80 therefore, the instrument is highly reliable. The average age was 26 years and 72% of the users had a secondary level. The level of user satisfaction was measured by dimensions. In relation to this measurement, it may be that the resolution capacity of the health unit is the highest percentage of satisfaction caused with 49.8%. In addition, 75% of users had to wait between 31 to 59 minutes to process their appointment in the admission area and 80% waited between 31 minutes to two hours before being seen. Finally, a plan was made to improve waiting time at the institution.

**Key Words:** user satisfaction - waiting times - Servqual - Pedro Type C Health Center

## **Introducción**

Los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo tienen como misión garantizar la igualdad de derechos y una atención digna mediante la mejora continua de los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que para poder evaluar los logros de los sistemas de salud se deben medir parámetros como la mejoría del estado de salud de la población, la equidad financiera y la satisfacción de las expectativas de los usuarios (OMS, 2013).

En la actualidad los servicios de salud son constantemente evaluados tanto por las entidades públicas, si son servicios públicos, como por los usuarios pues la retroalimentación que se obtiene de los beneficiarios de la atención constituye una información valiosa que permite al prestador del servicio de salud mejorar sus procesos y procedimientos internos para cumplir con las necesidades y expectativas de sus usuarios. Los resultados de las evaluaciones permitirán incorporar a los sistemas de gestión de calidad estrategias de mejora continua que serán un pilar fundamental para las estrategias institucionales en gestión de calidad (Cabrera, 2016).

El Ecuador, como política de Estado, promueve la calidad del servicio orientado al usuario, siendo la percepción de este, un punto vital pues permite conocer qué es lo que se demanda. De esta manera se reorientan los sistemas de atención y se modifican los servicios de salud para garantizar un acceso eficiente de la población asignada. Así los diferentes servicios de salud además deben ser efectivos y económicamente eficientes, deben ser aceptables, agradables para el usuario y llevados a cabo en un tiempo justo que no perjudique al demandante de salud; ya que es la su aceptación la que finalmente, da validez o no al proceso de

atención (Colunga, López, Aguayo & Canales, 2007). Por tal motivo, es necesario conocer los tiempos que espera el usuario y su influencia en la satisfacción con los servicios de salud prestados, pues esa información permitirá establecer una línea de base para, a través de planes de mejora continua, fortalecer la calidad de los procesos de atención en salud (Ledesma, 2013).

Esta investigación busca establecer la relación entre los tiempos de espera y la satisfacción del usuario durante la atención brindada en las instituciones de salud. Es importante garantizar la atención médica brindada al paciente cumpliendo con los estándares de calidad en el servicio prestado. Es decir, la seguridad del paciente es elemental en la satisfacción del paciente; para ello es necesario que el personal salubrista este comprometido en brindar una atención de calidad y adaptarse a los cambios que se dan por la globalización.

El tiempo de espera en la mayoría de las instituciones médicas no se pueden cambiar; sin embargo, las instituciones pueden hacer que ese tiempo de espera sea agradable y placentero. En otros han optado por amoblar la sala de espera, instalar de tv, librerías, zona libre de Wifi y zona de cafetería para que el usuario espere su turno antes de ser atendido.

Finalmente, las organizaciones de salud están revisando sus procesos para conocer los flujos de los usuarios y saber qué tiempo aproximadamente se debe brindarle la atención médica. También, están ofreciendo atención médica mediante llamadas telefónicas previa cita.

El presente estudio está estructurado en cuatro acápite. El primer capítulo se desarrolló la fundamentación teórica y conceptual, se resalta los principales conceptos relacionados al tiempo de espera, la satisfacción del paciente, la teoría de las expectativas, medición de los servicios médicos entre otras variables. El

siguiente acápite resaltó los estudios internacionales relevantes relacionados al tiempo de espera y la satisfacción de los usuarios con los servicios médicos. Además, se presentó el marco legal y la situación actual de la institución de salud.

El tercer capítulo se elaboró la metodología, explica el tipo de investigación, el diseño de investigación, el alcance, los métodos aplicados, la definición de variables y la presentación de los principales resultados. En el último capítulo se elaboró la propuesta para mejorar los tiempos de espera y la satisfacción de los usuarios de la institución salubrista.

### **Antecedentes**

En la actualidad el centro de salud tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14, pertenece al Ministerio de Salud Pública y cuenta con área de emergencia la misma que atiende las 24 horas al día, brindando el servicio de medicina general y obstetricia. A su vez el área tiene capacidad de seis camas para hospitalización de pacientes que lo requieran. En el área de consulta externa cuenta con medicina general, obstetricia, ginecología, odontología, medicina familiar, psicología, triaje y preparación, estadística, vacunas y farmacia. También, presta el servicio de ambulancia 911 para traslado de los pacientes hacia los hospitales de mayor complejidad.

### **Planteamiento de la investigación**

La globalización exige cambios en la sociedad en especial en el área de la salud de los individuos, por tal motivo, la salud es un derecho fundamental de los individuos y para ejecutarlo depende de la intervención de sectores sociales, económicos y del sector salud (Massip et al., 2008). En la actualidad los servicios médicos son un elemento clave para satisfacer las expectativas de los pacientes debido a que son más exigentes y demandan una mayor oferta de esta actividad,

por lo que se deduce que la población tiene necesidades que deben ser cubiertas por las instituciones sanitarias (Ruelas, 2005).

Los constantes procesos de cambio que sufren las organizaciones, en especial las instituciones de salud del sector público manifiestan la necesidad de contar con estructuras y procesos flexibles y dinámicos centrados en los tiempos de espera para recibir la atención médica requerida, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de los usuarios a fin de alcanzar la excelencia en los servicios que se ofrecen (Ruelas, 2005).

Dentro de los problemas que afronta toda institución que presta servicios de salud está la mejora de la calidad de atención. El estudio y la elaboración de las políticas de calidad de atención en salud han surgido en los sistemas de salud. Su mayor desarrollo se produce en los países del hemisferio norte, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica en los países europeos, frecuentemente al impulso de algunas agencias intergubernamentales especializadas en salud (Solitario, Garbus & Stolkiner, 2008).

En sistemas de salud en los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo existen políticas sanitarias que impulsan el desarrollo de todo un sistema de información gerencial que se inicia con el recojo periódico de opiniones de los usuarios sobre los servicios de salud, continuando con el procesamiento y generación de información puesta a disposición de los diversos decisores sanitarios, con la finalidad de inducir acciones de mejoría en sus servicios. En tales países, esta concepción traducida en política y acción representa un eje importante en gestión sanitaria (Colunga, et al., 2007).

El modelo de salud ecuatoriano contempla la evaluación de la satisfacción de los usuarios y garantiza el acceso a todos los usuarios, sin embargo, no siempre

esta situación se cumple, son varias las causas de insatisfacción muchas veces corresponden a la falta de accesibilidad, cita previa y tiempo de espera, por otro lado, existe mayor conformidad de los usuarios con los profesionales que les atienden, valorando sobre todo amabilidad y competencia científico-técnica. Es imprescindible conocer y modificar si es necesario aspectos organizativos de los Equipos de Atención Primaria, una vez conocida la opinión del demandante de salud (Ledesma, 2013).

Este trabajo aportará con información relevante para conocer si los usuarios están satisfechos con el tiempo que espera para ser atendido. En relación a campo de acción y líneas de investigación del Ministerio de Salud, se encuentra en la evaluación de servicios y sistemas.

El Centro de Salud tipo C Pedro Carbo es un centro de salud correspondiente al primer nivel de atención de salud que pertenece al Ministerio de Salud Pública. Atiende en un horario de 24 horas, pertenece al distrito de salud 09d14 Isidro Ayora; Lomas de Sargentillo; Pedro Carbo parroquia: Pedro Carbo. Actualmente el Centro de Salud dispone de médicos generales, odontólogos, obstétricos, psicólogos y pediatras. Además del personal de enfermería, de servicio, guardianía y administrativos. En total son más de 30 personas laborando en diferentes turnos, matutino, vespertino y nocturno. Sin embargo, no se llega a atender a todos los pacientes que llegan al centro. Además, los usuarios están inconformes con el tiempo que les toca esperar desde la admisión hasta ser atendido por el profesional de la salud.

Por lo tanto, esta investigación busca establecer la relación entre los tiempos de espera y la satisfacción del usuario durante la atención brindada en las instituciones de salud. Es importante garantizar la atención médica brindada al paciente cumpliendo con los estándares de calidad en el servicio prestado. Es decir, la seguridad del paciente es elemental en la satisfacción del paciente; para ello es necesario que el personal salubrista este comprometido en brindar una atención de calidad y adaptarse a los cambios que se dan por la globalización.

El tiempo de espera en la mayoría de las instituciones médicas no se pueden cambiar; sin embargo, las instituciones pueden hacer que ese tiempo de espera sea agradable y placentero. En otros han optado por amoblar la sala de espera, instalar de tv, librerías, zona libre de Wifi y zona de cafetería para que el usuario espere su turno antes de ser atendido.

Finalmente, las organizaciones de salud están revisando sus procesos para conocer los flujos de los usuarios y saber qué tiempo aproximadamente se debe brindarle la atención médica. También, están ofreciendo atención médica mediante llamadas telefónicas previa cita.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es la relación de los tiempos de espera con la satisfacción de los usuarios en el Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo?

### **Justificación**

La nueva Constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, en el artículo 32 señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este

derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

A través del Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida”, se pretende implementar distintas políticas públicas para mejorar y garantizar el derecho a la salud. Este plan en su versión actual 2017-2021, en su objetivo uno denominado garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, se plantean las políticas y lineamientos que garanticen este derecho. De igual manera, el plan se enfoca en la importancia de que las instituciones, sean estas públicas o privadas, provean servicios de atención de calidad (Senplades, 2017).

El Ministerio de Salud, junto a las más importantes organizaciones proveedoras de atención de salud del país, viene desplegando valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud desde la década pasada. Estas iniciativas son producto del esfuerzo conjunto de directivos, funcionarios y trabajadores de todos los niveles del sistema de salud. Todas estas iniciativas, pese a su actual dispersión, expresan la enorme voluntad de los diferentes actores de la escena sanitaria por mejorar la calidad de la atención de la salud de la población peruana (OMS, 2013).

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que, en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando

mayor atención en salud pública siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud (Mira & Aranaz, 2000).

Uno de los motivos para el estudio de este tema surge ante el advenimiento frecuente de problemas de carácter médico legal, denuncias de mala praxis, impericia y negligencia médica, que van cobrando importancia en Latinoamérica, así como por la propia insatisfacción de los médicos, quienes identifican como causas para ella la masificación de los servicios de salud, el corto tiempo asignado para la atención de cada paciente (Fernández, 2003).

El Centro de Salud Tipo C - Pedro Carbo es una unidad de salud que cuenta con la infraestructura, equipamiento y personal de salud para atender con normalidad, en diferentes áreas, a los pacientes que lo requieran. En ese contexto la evaluación de la calidad en relación al servicio ofertado es una necesidad, no sólo para conocer la percepción de los usuarios sino para elaborar los planes de mejora para solventar todas las necesidades de la población objetivo.

En consecuencia, es necesario conocer los niveles de satisfacción de sus usuarios con los tiempos de espera. Esto ayudaría a elaborar estrategias específicas, diseñadas de acuerdo con las necesidades y capacidades de cada subsistema, propiciando el bienestar del paciente y el ahorro de recursos para las instituciones de salud.

Esta investigación generará reflexión y discusión sobre el conocimiento existente de la calidad de los Servicios de Salud en el Centro de Salud tipo C Pedro Carbo y está encaminado a brindar un aporte de cifras reales sobre este tema. Los resultados obtenidos servirán como base para futuras investigaciones encaminadas a mejorar la satisfacción de la población en relación con los servicios de salud que reciben.

## **Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las teorías y conceptos que respalda la presente investigación?

¿Existen estudios que miden la relación entre los tiempos de espera de atención y la satisfacción de los usuarios?

¿Cuál es la relación entre los tiempos de espera de atención y la satisfacción de los usuarios que asisten al Centro de salud tipo C “Pedro Carbo” distrito 09D14?

¿Se puede implementar una herramienta para medir los tiempos de espera de los usuarios del Centro de Salud tipo C “Pedro Carbo” distrito 09D14?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Analizar el tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios del centro de salud tipo c Pedro Carbo – distrito 09d14 mediante la aplicación del cuestionario Servqhos para realizar un plan de mejoras en la institución.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar los referentes teóricos de la satisfacción y tiempos de espera de los usuarios en servicios de salud.
2. Revisar estudios internacionales relacionados al tema de estudio y presentar el análisis actual de la institución.
3. Aplicar el instrumento de investigación para medir la relación entre los tiempos de espera de atención y la satisfacción de los usuarios con los servicios brindados por el centro de salud tipo C.
4. Diseñar un plan para mejorar los tiempos de atención a los usuarios del centro de Salud Pedro Carbo Tipo C.

## Capítulo I

### Fundamentación Teórica Conceptual

En el presente acápite se desarrolló la fundamentación teórica y conceptual, se resalta los principales conceptos relacionados al tiempo de espera, la satisfacción del paciente, la teoría de las expectativas, medición de los servicios médicos entre otras variables.

#### Tiempos de espera

Los directivos de las instituciones de salud tienen en sus manos la responsabilidad de tomar las decisiones acertadas para administrar eficientemente los recursos médicos. Además, para proporcionar un buen servicio, deben utilizar herramientas que permitan analizar, programar, planificar, priorizar y, decidir sal momento de asignar los recursos médicos (Vissers & Beech, 2005; Abraham, Byrnes & Bain, 2009; Rodríguez, González, Hernández & Hernández, 2017).

Un problema en las instituciones de salud es el análisis para estimar el nivel de servicio que se proporciona a los pacientes, el tiempo promedio de espera, la cantidad de pacientes formados, la capacidad utilizada y la probabilidad de que el paciente deba esperar (Rodríguez et al., 2017). En los sistemas hospitalarios el tiempo de espera para recibir atención es un elemento clave en la medición de la calidad del servicio, por lo que la disminución de dicho tiempo de espera se ha vuelto un factor de suma importancia en la administración de esta clase de sistemas (Rodríguez et al., 2017).

Para obtener las propiedades mencionadas arriba se pueden emplear medios analíticos derivados de la teoría de líneas de espera. Las herramientas analíticas permiten entender las relaciones existentes entre cada uno de los elementos de un sistema, a diferencia de otros enfoques de análisis, que con

frecuencia asemejan cajas negras (Hopp & Spearman, 2008; Rodríguez et al., 2017). El enfoque de simulación, aunque permite obtener las mismas propiedades, es recomendable emplearlo cuando no existe un modelo analítico del sistema a analizar (Law & Kelton, 2000). Por otro lado, no en todos los sistemas hospitalarios se espera tener un programa de simulación especializado; en cambio, el acceso a las fórmulas analíticas es universal y gratuito.

En la investigación de Song, Tucker y Murrel (2015), los estudios empíricos en sistemas hospitalarios son escasos que su contraparte en los ámbitos de manufactura y producción, lo que genera un área de oportunidad para los profesionistas que administran esta clase de sistemas para aplicar diversas herramientas analíticas bien conocidas en otras áreas. A continuación, se presenta el respectivo análisis de los servicios de urgencias relacionadas a la teoría de líneas de espera, tomando en cuenta una institución de salud pública.

**Tabla 1**

*Análisis de servicios hospitalarios*

Autor	Año	Comentario
Benneyan	1997	Modelo de simulación para analizar el tiempo de atención en el área de pediatría
Whitt	1999	Análisis de la pertinencia de dividir los pacientes y asignar servidores para cada clase
Llorente et al.	2001	Modelo de simulación para analizar la capacidad de atención del área de urgencias generales
Bastani	2007	Aplicación de teoría de líneas de espera para modelar el flujo de pacientes entre el área de Urgencias y el área de Cuidados Intensivos
De Bruin et al.	2007	Análisis de la capacidad de atención en el área de Emergencias Cardíacas. Se analiza el efecto de la variabilidad de la demanda
Fomundam y Herrmann	2007	Estado del arte sobre las aplicaciones de teoría de líneas de espera al análisis y solución de problemas en la administración de sistemas hospitalarios
Oredsson et al.	2011	Estado del arte sobre análisis de los tiempos de espera de los pacientes en el área de Urgencias
Hulshof et al.	2012	Análisis de políticas de atención en el área de consulta externa
Pendharkar et al.	2012	Modelo de simulación para analizar sistemas con capacidad insuficiente. Se aplica al área de trastornos del sueño
Tan et al.	2013	Modelo dinámico de líneas de espera para controlar personal médico en el área de Urgencias
Lin et al.	2013	Análisis del flujo de pacientes en las áreas de Urgencias tomando en cuenta el nivel de urgencia del paciente
Tan et al.	2013	Modelo de líneas de espera para analizar el flujo de pacientes en el área de Urgencias

Yom-Tov y Mandelbaum	2014	Modelo que utiliza en la distribución Erlang para representar los retornos de los clientes en atención hospitalaria
----------------------	------	---

---

Tomado del artículo Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera (Rodríguez et al., 2017).

### **Modelos de línea de espera**

El modelo propuesto por Whitt (1999) expuso que una estrategia de partición del flujo de pacientes que entran al sistema con el objetivo de favorecer el flujo de pacientes asignándoles su propio servidor; sin embargo, el modelo supone que no existe diferencia significativa entre la demanda de cada clase de pacientes (Rodríguez et al., 2017). Por su parte, Bastani (2007) desarrolló un modelo para analizar tres áreas: cuidados intensivos, unidad de coronarias y hospitalización, y supone una disciplina de atención tipo primero en entrar primero en salir. En la investigación De Bruin, van Rossum, Visser y Koole (2007) se analizó el flujo de pacientes y la capacidad de atención del área de emergencias cardíacas con un modelo donde se permiten readmisiones. Se resalta el hecho de que se distinguen dos clases de pacientes, aunque al momento del análisis se toma la demanda de servicio como una sola. Por su parte, Hulshof et al. (2012) propusieron estrategias para mejorar el flujo de pacientes de consulta externa clasificándolos por los síntomas del paciente y asignándoles sus respectivos médicos (servidores). El modelo analítico se construye tomando como base los cambios en la operación de varios hospitales de Alemania. La misma estrategia de clasificar pacientes y asignarlos a médicos se propone en Tan, Tan y Lau (2013) y Tan, Lau y Lee (2013), donde además se desarrolla un modelo dinámico para analizar el área de urgencias de un hospital en Singapur. El modelo trabaja en tiempo real y se requieren métodos heurísticos para obtener una solución del mismo.

Por su parte, Lin, Patrick y Labeau (2013) propusieron un modelo con etapas en serie para analizar el flujo entre dos áreas de un hospital y estimar los recursos de personal necesarios. Finalmente, en Yom-Tov y Mandelbaum (2014) presentaron un modelo donde existen pacientes que regresan (recirculan) y supone un tiempo de servicio tipo Erlang; sin embargo, considera una disciplina primero en entrar primero en salir (Rodríguez et al., 2017).

### **Calidad de atención en salud**

Según Schroeder (1992) definió la calidad como un concepto relativo al uso esperado y al cliente debido a que difiere según sea el producto, servicio y tipo de empresa en que se opere y sin duda alguna, respecto del tipo de cliente que se trate. Una definición más adecuada hace mención a que 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 (Aguayo, 1993), es decir, calidad corresponde al conjunto de características y atributos de un producto o servicio respecto de las necesidades y expectativas del comprador o cliente, considerando el precio que se está dispuesto a pagar (Horovitz, 1991; Bustamante, Zerda, Obando & Tello, 2020).

En lo conceptual, el enfoque teórico más conocido de la calidad es el desarrollado por Donabedian (1966) quien reconoció las deficiencias en los diferentes tipos de evaluación de la calidad en el contexto salubrista, definiendo la calidad en la atención médica como un concepto multidimensional, bajo cuyo esquema, se reconoce que la percepción del paciente es un punto clave para la determinación de la calidad del servicio otorgado en cualquier institución médica (Chasin & Galvi, 1998). De hecho, una de las definiciones más concretas de las

presentadas, indica que una atención médica de calidad dice relación con un tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, contemplando en ello un proceso de atención que aborda en todas sus partes las dimensiones funcional y técnicas más relevantes y significativas de la calidad (Galván, Moctezuma, Dolci & López, 2016; Bustamante et al., 2020).

En el ámbito médico, la calidad técnica refiere a la precisión de los análisis y técnicas médicas empleadas en el diagnóstico; mientras que la calidad funcional refiere a la forma en que se entregan dichos servicios (Lam, 1997). En consecuencia, la calidad funcional en los servicios de salud es crucial, ya que su evaluación permite la mejora del servicio basada en los sentimientos, expectativas y observancia de los pacientes (Wysong & Driver, 2009).

Son varios los significados que se han dado al concepto de calidad, sin embargo, en los últimos años se ha colocado a los usuarios de los servicios como parte fundamental de los procesos de calidad. Considerando que los servicios deben siempre adaptarse para satisfacer las necesidades y traer beneficios para los usuarios siempre bajo los lineamientos técnico-científicos que garanticen la mejor atención posible con los recursos disponibles. Las definiciones mencionadas si bien consideran los aspectos más relevantes que intervienen en la calidad, no se aplican a todas las situaciones, por ello la calidad debe definirse de acuerdo a las normas técnicas del proveedor y las expectativas del usuario, tomando en consideración el contexto local (Jemes, Romero- Galisteo, Labajos & Moreno, 2019).

La calidad de servicio en salud tiene una dimensión ética que va más allá de las relaciones costo-eficiencia o de satisfacción del usuario que deben ser tomadas en cuenta a la hora de medir la calidad (Jemes et al., 2019).

Los momentos más importantes que marcan la pauta de la calidad de atención ocurren durante la interacción personal entre el que proporciona el servicio y quien lo recibe. Al respecto, Cantú (2011) considera que los principales factores que determinan la satisfacción del usuario son el comportamiento, actitud y habilidad del empleado en proporcionar el servicio, el tiempo de espera y el utilizado para ofrecer el servicio; y, los errores involuntarios cometidos durante la prestación del mismo. Asimismo, en lo que respecta a las actitudes se espera que el servidor sea amistoso, atento, responsable, educado, amable, cortés, etc. Su apariencia se ve influenciada por el uso de vestimenta apropiada, la limpieza y el aspecto general de su persona. En cuanto al comportamiento, debe ofrecer respuesta rápida, dar explicaciones claras, mostrar respeto al cliente, utilizar un lenguaje adecuado y saber escuchar con atención al cliente (Cantú, 2011).

### **Atención Primaria**

La Atención Primaria de Salud (APS) es un componente fundamental de un sistema de salud efectivo debido a que es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud (Mancinko, Montenegro, Nebot & Etienne, 2007). Esta es definida por la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2020) como: “La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (Mancinko et al., 2007).

### **Satisfacción del paciente**

Durante varios años, la satisfacción del paciente ha sido ampliamente estudiada. Se ha realizado un esfuerzo considerable en el desarrollo de instrumentos de encuesta para medir la satisfacción del paciente. Además, había

dos usos principales de tales instrumentos: primero, en estudios de investigación en los que se consideró la satisfacción del paciente un resultado, ya sea para evaluar el valor de una nueva intervención o para identificar las características del paciente que parecen influir en la evaluación de la calidad; segundo, por los planes de salud, hospitales y otros proveedores para evaluar la satisfacción de sus miembros o pacientes con sus servicios. Los resultados de tales encuestas rara vez se informaron públicamente, excepto en campañas publicitarias (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Percepciones del paciente frente a la satisfacción del paciente**

Los términos percepciones y satisfacción a menudo se han usado indistintamente. Esto puede llevar a una confusión conceptual considerable. La satisfacción es un ejemplo de una percepción, pero de ninguna manera es el único ejemplo. La satisfacción puede definirse como la satisfacción de expectativas, necesidades o deseos (Sofaer & Firminger, 2005). En su revisión exhaustiva de la literatura sobre la satisfacción del paciente, Crow et al (2002) afirmaron que de esta definición se desprenden dos conclusiones: (a) La satisfacción no implica un servicio superior, solo adecuado o servicio aceptable; y (b) la satisfacción es un concepto relativo; por lo tanto, lo que satisface a una persona puede disgustar a otra. Aunque la satisfacción no es la única forma de evaluación de la atención por parte del paciente, la satisfacción del paciente y sus correlaciones son predominante en los estudios de evaluación de calidad. La mayoría de las revisiones de la literatura han criticado su uso, ya que rara vez hay un desarrollo teórico o conceptual de la satisfacción del paciente, poca estandarización, baja confiabilidad y validez incierta de las medidas (Crow et al., 2002).

Crow et al (2002) identificaron tres bases para el desarrollo conceptual de la satisfacción del paciente y su medición: teorías de expectativas; evaluaciones de atributos de servicios de salud; Y la economía, en particular, la utilidad. Estos autores también apuntan a una cuarta posibilidad, un enfoque holístico que incorpora una amplia gama de determinantes de la satisfacción y enfatiza los ciclos de retroalimentación entre las expectativas y las experiencias.

### **Teoría de la expectativa**

La satisfacción se basa en la diferencia entre lo que uno espera y lo que ocurre. Dentro del paradigma de desconfirmación, la satisfacción está determinada por la diferencia entre el estándar de expectativas, ideales o normas de un paciente y las percepciones del mismo paciente de sus experiencias de atención, y la satisfacción se deriva de la confirmación de una expectativa positiva o desconfiando de las expectativas negativas. Un cuarto tipo de expectativa se etiqueta como expectativa no informada, en la que los pacientes no son capaces o se muestran reacios a comunicarse sus expectativas, ya sea porque pueden no tener ninguna expectativa o porque no desean justificar sus sentimientos o no pueden expresarlos. Dado el potencial de expectativas no informadas, Crow et al (2002) señalaron que los pacientes deben ser educados sobre las expectativas apropiadas de atención (particularmente características técnicas) y motivados para juzgar la calidad de la atención que reciben (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Atributos del servicio de salud**

Muchos estudios de satisfacción subdividen sus medidas (o ítems) de acuerdo con la diferenciación clásica de estructura, proceso y resultado de Donabedian (1980). La estructura es la calificación del paciente/consumidor del entorno y las instalaciones físicas en las que se produce el servicio. Las medidas

de proceso abordan, por ejemplo, la calificación del paciente de las interacciones interpersonales con el servicio Personal y de personal entre sí. Los atributos específicos incluyen, por ejemplo, capacidad de respuesta, amistad, empatía, cortesía, competencia y disponibilidad.

Las medidas o los elementos relacionados con los resultados preguntan acerca de la percepción del paciente de los resultados del proceso, incluida la reducción o resolución de los síntomas, la mejora en el funcionamiento, o resolución de problemas subyacentes. Tenga en cuenta que Donabedian estaba intentando subdividir los criterios para evaluar la calidad de la atención de salud. Su clasificación ha sido muy útil para varios tipos de profesionales de la salud, pero no hay razón para pensar que sería particularmente útil para ayudarnos a comprender la dimensionalidad de las experiencias del paciente en el cuidado de la salud o servir como el marco más útil para organizar la amplia gama de criterios que pueden usar para juzgar la atención médica calidad (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Comunicación e información**

La mayoría de los estudios informaron el interés de los pacientes por la calidad de la comunicación y la información. Esta categoría incluye comunicación abierta y flujo de información; proveedores con buena interpersonal habilidades de comunicación tales como escuchar con atención y atención y explicar información técnica compleja claramente; suministro de información sobre el estado clínico, el progreso, el pronóstico y los procesos de atención; suministro de información sobre qué esperar (por ejemplo, las rutinas del hospital); comunicación rápida de los resultados de las pruebas; traducciones completas y precisas, incluidas las etiquetas escritas de recetas en el idioma nativo del

paciente; y educación para facilitar la autonomía del paciente, autocuidado, y promoción de la salud (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Cortesía y apoyo emocional**

Los pacientes definieron la calidad en términos de y en función de las características sociales y emocionales de las interacciones con los proveedores y el personal de la oficina. Querían que todos no solo fueran corteses, sino que también mostraran sensibilidad y amabilidad, se preocuparan y expresaran compasión y simpatía por el paciente. Era importante para ellos tener seguridad emocional y sentirse confiados en sus cuidadores para ayudar a reducir los sentimientos de vulnerabilidad y ansiedad. En general, querían que los médicos, las enfermeras y el personal fueran amigables. Es algo difícil distinguir esta dimensión de la atención centrada en el paciente (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Eficiencia de la atención / organización efectiva**

Los pacientes esperaban que la atención fuera eficiente, con coordinación entre las muchas personas y organizaciones involucradas en su atención, como proveedores múltiples dentro de un hospital, entre generalistas y especialistas, a través de las instalaciones, y entre sus proveedores y sus planes de salud (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Calidad Técnica**

Los pacientes mencionaron características que pueden relacionarse fácilmente con lo que los médicos a menudo llaman la calidad técnica de la atención. A través de estos estudios, los pacientes expresaron su deseo de contar con proveedores con conocimientos técnicos, competentes y experimentados que estén bien educados; proporcionar tratamientos efectivos, diagnósticos precisos y servicios y tratamiento diligentes y eficientes; y presentarse de manera

profesional. En un estudio, los pacientes dijeron que querían que los proveedores "se esforzaran por la excelencia". Los pacientes también definieron que la calidad tiene buenos resultados de salud y una mejor calidad de vida (Sofaer & Firminger, 2005).

Algunos clínicos e investigadores han expresado su preocupación por la capacidad de los pacientes para evaluar la calidad técnica de un proveedor de atención médica (Sofaer & Firminger, 2005). Si bien los pacientes no cuentan con la experiencia de un profesional capacitado, sí tienen la capacidad de informar si sus médicos realizaron pruebas y tratamientos adecuados para su diagnóstico, edad, sexo o estado de salud familiar. Por ejemplo, cuando una paciente diabética visita el consultorio de su médico, ¿se revisó el nivel de azúcar en la sangre, posibles problemas renales, presión arterial alta o colesterol alto? ¿Recibió un examen de pie? La capacidad de los pacientes para calificar la calidad técnica puede mejorar si están más informados sobre las expectativas básicas que deben tener sobre su estado de salud y los posibles riesgos para la salud (Sofaer & Firminger, 2005).

Además, estar informado puede ayudar a los pacientes a participar en la toma de decisiones sobre su atención. Si los pacientes no conocen los indicadores tangibles de la calidad técnica de la atención que reciben, pueden utilizar indicadores proxy, como la limpieza de edificios, en su lugar. Por ejemplo, cuando se les preguntó a los pacientes "¿Funcionó su médico de cabecera de acuerdo con los desarrollos médicos más recientes?", Jung y sus colegas encontraron que los pacientes evaluaron su atención mediante las acciones del médico general (GP) pero no su desempeño afectivo. La competencia médico-técnica general fue evaluada por el paciente a través de los siguientes

comportamientos: "bien examinado; observado bien trabajó de acuerdo con cierto orden: primera escucha, juicios solo después del examen; Los exámenes y acciones realizadas de manera adecuada, dieron buenas soluciones; Sabía respuestas, causas, qué hacer, qué podía esperar el paciente y no muestra dudas en el diagnóstico (Sofaer & Firminger, 2005).

### **Satisfacción del Usuario**

La satisfacción es entendida como la conformidad expresada por el usuario, en función de las expectativas que este tiene respecto a la atención que recibe en las diferentes áreas que integran a todas las dimensiones de la calidad. Consecuentemente se dice que la satisfacción del usuario de los servicios de salud vendría a ser un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención de salud y de acuerdo con este se determinaría su posterior utilización y el seguimiento adecuado de las indicaciones por parte del usuario (Bravo, 2011).

Varias organizaciones creen conocer lo suficiente que es lo que desea el usuario, como ocurre en las instituciones de salud con frecuencia, donde el proveedor incluso los directivos, por el hecho de trabajar por muchos años en determinada zona, se inclinan a pensar que saben lo que sus usuarios desean y esperan de la atención, desechando cualquier intento por obtener mayor información al respecto que podría ser útil para mejorar la calidad de los servicios que se brindan (Bravo, 2011).

La satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes (Padilla, 2014).

Según la Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos del Ministerio de Salud, los usuarios en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella cuando participan en las encuestas. La satisfacción del usuario expresada en entrevistas y encuestas no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Asimismo, es posible que el paciente diga estar satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro debido a las normas culturales en contra de las quejas o porque responden positivamente a la palabra “satisfecho”.

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas, pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituye buena calidad; en respuesta a tales exigencias, ha habido casos de médicos que han recetado medicamentos innecesarios para satisfacerlos. El orientar a los usuarios e informar al público respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad (MSP, 2008).

La encuesta SERVQUAL mide la satisfacción del usuario y es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción

del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención (Cabello & Chirinos, 2012).

En general existen dos tendencias, de evaluación de la satisfacción del usuario; una de ellas privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguran mayor objetividad, en parte, debido a la mayor homogeneidad de los instrumentos utilizados, la otra parte da cierta crítica a la aparente superficialidad de los métodos cuantitativos donde los problemas y las causas fundamentales muchas veces no emergen o quedan encubiertos, en tal sentido promueven la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones (Cabello & Chirinos, 2012).

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario, las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del servicio brindado. Por otro lado, los métodos cualitativos si bien pueden aportar información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos y exigen amplia preparación y experiencia en su manejo.

En cualquier caso, también es importante reconocer que los métodos cualitativos difícilmente pueden producir por sí solos la información capaz de ser generalizada a espacios institucionales extensos y deben ser asumidos como modalidades complementarias que permite profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos (Bravo, 2011).

### **Medición de la calidad de servicio**

La calidad del servicio tiene carácter subjetivo debido en gran parte a las relaciones interpersonales que se establecen entre los proveedores de la atención y los usuarios de la misma, pero también a las facilidades y comodidades que en conjunto intentan dar respuesta a las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios y que son capaces de satisfacer a los usuarios. Este carácter subjetivo hace que la calidad del servicio se caracterice por su incertidumbre, variabilidad y dificultad de medición, no obstante, se han diseñado diferentes técnicas e instrumentos que buscan medirla (Bravo, 2011).

### **Tiempo de espera de atención en la Salud**

La calidad en salud se define actualmente como la capacidad de un producto o servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él. Las razones básicas para ofrecer la calidad es la garantía de obtener el beneficio máximo para el paciente y la rentabilización de los recursos, dado que estos son limitados y la atención muy costosa (González, 2018).

Según una encuesta realizada por el Banco Mundial en el año 2011, la insatisfacción de los pacientes de los servicios de salud pública es mayor al 50%. La encuesta reveló que el 40% de los pacientes sentía que no se les trataba adecuadamente, 52% consideraba que había demasiada burocracia y 8% que no había recibido el tratamiento médico cuando lo había necesitado. Solo el 66.7 por ciento de los pacientes afirman que los médicos, enfermeras y personal de salud, les proporcionan información adecuada y con claridad siempre que reciben atención en las unidades del sistema público mundial (González, 2018).

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualitas*, -atis y significa propiedad o conjunto de propiedades

inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Esta definición además de proporcionar un significado común da la pauta para calificar la calidad de cualquier producto o servicio con distintos niveles o grados, con relación a un referente determinado, por ejemplo mejor, igual, peor, mejor que, etc. permitiendo llegar más allá de la emisión de un calificativo absoluto de existencia o ausencia de calidad.

En cuanto a calidad de la atención en salud, una de las definiciones más reconocidas, es la enunciada por Donabedian (2000) quien establece: La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios (González, 2018).

El mismo autor señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio.

Con frecuencia, el equipo médico le da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios de los servicios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran

medida resultados exitosos para la salud, al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de usuarios y de proveedores (González, 2018).

Donabedian (2000) también hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: La estructura, el proceso y el resultado. En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención. En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos (Donabedian, 2000).

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan. Diversos autores coinciden básicamente en esos enfoques para evaluar la calidad.

De esa concepción se desprende la necesidad de reconocer que para dar atención de alta calidad debe haber recursos suficientes para el tipo de servicio que se otorga, sin dejar de ver que su incremento no necesariamente va a relacionarse con la mejora de la calidad y que incluso, el exceso o el mal uso de recursos puede ir directamente en su detrimento. También es necesario contar con un diseño organizacional acorde a los servicios que se otorgan; es evidente que si existe una inadecuada definición de autoridad; indefinición de responsabilidades; problemas de comunicación, de coordinación o de control, impactarán de manera negativa en la calidad de los servicios (Donabedian, 2000; González, 2018).

El proceso de la atención se relaciona directamente con la calidad del servicio, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud desarrolle de la mejor manera posible los procesos diagnósticos, terapéuticos, de promoción de la salud y de servicios en general, contribuye en mayor medida a garantizar una buena calidad de atención. Del mismo modo, realizar un monitoreo sistemático al cumplimiento de dichos procesos asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos en la prestación de servicios y, obviamente, para la salud (González, 2018).

Por otra parte, es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy humana, donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares: viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de los aspectos médicos; frecuentemente acuden a buscar los servicios con un estado anímico particular, sobre todo si existen sospechas o evidencia de problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc.

Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud da con frecuencia a los usuarios, despersonalizado e indiferente; las personas se transforman en un número de cama o de expediente, o en una enfermedad (la señora de la cama 20, el señor del cáncer o la paciente de la histerectomía, etc.). Dicho trato es matizado, en muchos casos, de acuerdo con las características personales, de las personas atendidos, fundamentalmente sociales y culturales, no es infrecuente ver como se da un trato diferente a pobres y a ricos, en los servicios públicos y los privados, etc. También puede observarse distinta respuesta de los

usuarios, puede ser de agresividad o exigencia hacia el personal de salud, sin embargo, la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento, ante su impotencia y necesidad del servicio.

Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y, en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada. Esto influye en su estado anímico puede generar en ocasiones, agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben su atención. Todo lo anterior propicia un vínculo interpersonal deficiente con la consecuente mala calidad de la atención. Es pues importante reflexionar sobre el aspecto humano que caracteriza los servicios de salud, fundamentalmente en las instituciones de servicio público y establecer mecanismos que permitan subsanar las fallas (Donabedian, 2000; González, 2018).

### **Percepción de la calidad**

Se podría definir la percepción, como la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los sentidos en un todo, creando un concepto, basado en la formación y experiencia (Bravo, 2011). Los aspectos que influyen sobre la persona que percibe son:

- Las necesidades y deseos, es decir, la motivación de la persona la cual le hace percibir aquello que le proporciona satisfacción.
- Las expectativas, se tiende a percibir lo que se espera, aquello que resulta más familiar.

- El estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea.
- Algunas personas perciben más un conjunto de detalles
- La educación que recibió en el hogar considerando la forma de ver la vida (dinero, trabajo, valores, religión)

El nivel escolar, la formación académica también guía la forma de ver o sentir las cosas o situaciones. En resumen, se puede concluir en que toda la información y los estímulos que se captan por los sentidos, más aquellos aspectos que influyen en la forma de percibir, elaboran un concepto sobre el objeto observado como una totalidad.

### **El problema de la calidad en la salud**

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicancias teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica. Las acciones de salud sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación (Bravo, 2011).

Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados entre ellos están (Bravo, 2011):

- Necesidad de establecer que se puede entender por calidad
- Necesidad de delimitar el campo de la calidad, para no que no haya dispersión en problemas que no corresponden.
- ¿Cómo medir la calidad y así fijar estándares?
- ¿Cómo poder controlar la calidad (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)?

En un servicio de salud, se consideran los siguientes parámetros de calidad:

- Puntualidad
- Prontitud en la atención.
- Presentación del personal
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema
- Efectividad en los procedimientos
- Comunicación con el usuario y la familia
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- Aceptación de sugerencias
- Capacidad profesional
- Ética
- Equidad
- Presentación física de las instalaciones
- Presentación adecuada de las instalaciones
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- Educación continua a personal del servicio y a usuarios
- La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:
  - Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
  - La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.

- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.
- Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:
  - Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
  - Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
  - Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
  - Aumentar la utilización de los servicios.
  - Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal.

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no

depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental (Jemes et al., 2019).

### **Evaluación de la calidad**

El aseguramiento de la calidad es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una organización es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad (Álvarez & Gallardo, 2013).

### **Impacto final en la salud**

La calidad ayuda a los usuarios a lograr resultados óptimos de salud en un ambiente de excelente servicio. Cuando sobrealizamos en satisfacer y superar las expectativas de nuestros usuarios, ellos difunden los elogios. Los usuarios valoran la calidad y buscan el proveedor que no solo satisfaga sus necesidades, sino que las supere. Para el Dr. Julio Colter, calidad en su definición más simple: es la satisfacción del usuario (Urure, 2007; Bravo, 2011).

Para Crosby (1979) quien creó el movimiento de cero defectos y popularizó el concepto hazlo bien la primera vez, definió calidad como el cumplimiento de los requisitos del usuario o usuario, expresa también que, la administración de la calidad es una forma sistemática de garantizar que las actividades se llevan a cabo en la forma que fueron concebidas, por lo tanto, es una disciplina general que se encarga de prevenir los problemas antes de que éstos ocurran a través de la creación de actitudes y controles. La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que permiten un juicio de

valor acerca de él. En este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

La calidad es el grado en que el personal de salud satisface las expectativas de los usuarios. Por su parte, la calidad total es un sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del usuario que abarca a todos los gerentes, empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización. La calidad es satisfacer plenamente las necesidades del usuario.

Calidad es cumplir las expectativas del usuario y algo más. Calidad es despertar nuevas necesidades del usuario. Calidad es lograr productos y servicios con cero defectos. Calidad es hacer bien las cosas desde la primera vez. Calidad es diseñar, producir y entregar un producto o servicio de satisfacción total. Calidad total citado por el Centro Empresarial Latino Americano (CELA) es satisfacer o superar las expectativas de los usuarios al menor costo, mientras que para Susan y Mc Gorry la Calidad de un servicio es diferente a la calidad un producto en que los servicios son intangibles puesto que el consumidor no puede verlos ni tocarlos (Urure, 2007; Bravo, 2011).

Por consiguiente, es muy difícil para una organización determinar agudamente que características o rasgos de su calidad en el servicio son más importantes para los usuarios y cómo la organización está cumpliendo con las demandas de las mismas de calidad en el servicio. En la última década muchos investigadores han intentado cuantificar la calidad del servicio para proporcionar referencias a las organizaciones y consumidores que pueden ayudar a ambas partes a entender mejor las expectativas y percepciones con respecto a calidad de servicio (Urure, 2007; Bravo, 2011; Donabedian, 2010).

## **El ciclo de garantía de calidad**

La garantía de la calidad consta de una serie de pasos que deben seguirse para garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios (Donabedian, 2010).

Entre los cuales están:

- Planear la Garantía de Calidad
- Fomentar compromiso para la calidad.
- Formación de un equipo de atención de calidad.
- Decidir el enfoque y nivel de involucramiento.
- Asignar recursos. Divulgar las actividades de garantía de calidad.
- Fijación y Revisión de Estándares y Guías Revisar los estándares, guías, normas y protocolos.
- Evaluar su aplicabilidad y factibilidad.
- Definir nuevos estándares donde sea necesario.
- Monitorear la calidad de los servicios.
- Seleccionar indicadores (indicador = medida de un aspecto de calidad).
- Seleccionar las fuentes de información (estadística, etc.)
- Diseñar el sistema de recolección de los datos.
- Implementar el monitoreo.
- Identificar y priorizar que puede mejorarse Identificar áreas para mejorar.
- Establecer criterios para priorizar los problemas.
- Definir el problema.
- Lograr en equipo, consenso del problema y formularlo.

- Identificar quién(es) trabajará en el problema
- Asignar las personas apropiadas para trabajar en el problema.
- Analizar y estudiar el problema: Entender que está causando el problema.
- Sugerir soluciones: Lluvia de ideas. Evaluar las soluciones factibles.
- Decidir e implementar soluciones: Formular un plan de acción, implementar las soluciones seleccionadas.

### **Modelo Servqual**

Fue presentado por los investigadores Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) evaluaron las expectativas y percepciones de los usuarios respecto a la calidad del servicio, tomando como formadores de las expectativas cuatro elementos básicos: (1) la comunicación boca-oído, (2) las necesidades personales de los clientes, (3) las experiencias previas del usuario y (4) las comunicaciones externas de la organización (Losada & Rodríguez, 2007; Miranda, Chamorro & Rubio, 2007; Bernal et al., 2015).

De acuerdo con los autores antes mencionados en el año 1988, presentaron diez dimensiones que evalúan la calidad de los servicios y finalizó con cinco dimensiones para evaluar la calidad de los servicios. Estas son: (1) los elementos tangibles, los cuales, se consideran las instalaciones en perfecto estado y los equipos del lugar evaluado; (2) la confiabilidad, esta dimensión brinda el servicio prometido de forma confiable y segura; (3) la capacidad de respuesta, la cual ofrece el apoyo a los pacientes; (4) la seguridad, este constructo trata acerca de la confianza que tiene el cliente a través del conocimiento y cortesía de los

empleados; y finalmente (5) la empatía, esta dimensión se dirige al cuidado y atención personalizada (Bernal et al., 2015).

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención (Ministerio de Salud del Perú, 2002).

En general existen dos tendencias, de evaluación de la satisfacción del usuario; una de ellas privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguran mayor objetividad, en parte, debido a la mayor homogeneidad de los instrumentos utilizados, la otra parte da cierta crítica a la aparente superficialidad de los métodos cuantitativos donde los problemas y las causas fundamentales muchas veces no emergen o quedan encubiertos, en tal sentido promueven la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario, las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del servicio brindado. Por otro lado, los métodos cualitativos si bien pueden aportar

información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos y exigen amplia preparación y experiencia en su manejo. En cualquier caso también es importante reconocer que los métodos cualitativos difícilmente pueden producir por si solos la información capaz de ser generalizada a espacios institucionales extensos y deben ser asumidos como modalidades complementarias que permite profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos.

Se han desarrollado varias técnicas para medir la satisfacción del usuario externo para eliminar los sesgos de las encuestas tradicionales midiendo las expectativas del usuario frente al servicio en general y sus percepciones frente al uso de un servicio específico.

Los usuarios no evalúan la calidad de un servicio valorando el resultado final que reciben, sino que también toman en consideración el proceso de recepción del servicio (dedicación, interés y trato amistoso). Los únicos criterios que realmente cuentan en la evaluación de la calidad de servicio son los que establecen los usuarios ellos proponen el instrumento del SERVQUAL.

La encuesta SERVQUAL ha sido adaptada para los servicios hospitalarios. Usaron una escala de Likert de cinco puntos, modificación que hicieron basada en la experiencia de equipos gerenciales e investigaciones previas; concluyeron que la escala podría ser satisfactoriamente usada para evaluar las discrepancias entre las expectativas y percepciones del paciente de los servicios hospitalarios.

Parasuraman, Zeithmal y Berry desarrollaron en 1988 la primera versión del SERVQUAL, la encuesta para evaluar el Gap 5. Dicho instrumento se refirió, condensó y validó en cinco tipos de servicio, reparación y mantenimiento de

electrodoméstico, banca minorista, telefonía de larga distancia, seguros para tarjetas de crédito.

En 1991 fue modificado para evaluar cinco dimensiones que los clientes usan para juzgar el servicio. Las cinco dimensiones son (Matsumoto, 2014):

**Fiabilidad:** Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la empresa cumple con sus promesas, sobre entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios.

**Sensibilidad:** Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los clientes, y solucionar problemas.

**Seguridad:** Es el conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.

**Empatía:** Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio personalizado o adaptado al gusto del cliente.

**Elementos tangibles:** Es la apariencia física, instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos, materiales, personal (Matsumoto, 2014).

Estas dimensiones son para el mejoramiento de servicios y aplicables a compañías grandes o pequeñas, organizaciones de servicios, manufactureras. A nivel internacional la encuesta SERVQUAL ha sido aplicada en los servicios hospitalarios desde 1989. Las encuestas SERVQUAL modificadas para su uso en servicios de salud, miden la satisfacción de los usuarios atendidos en la unidad de salud.

## Marco Conceptual

A continuación, se resalta varios términos relacionados con el tema de investigación.

Pashanaste y Pinedo (2016) mencionaron que el *tiempo de espera* se define como el tiempo que un usuario espera en una cola, hasta recibir el servicio o atención de salud.

Según Zeithaml y Bitner (2002), definieron el concepto de *servicio* como la relación con acciones, procesos y ejecuciones intangibles, sin perjuicio que el soporte de estos sea tangible, dado que puede comprender hechos y acciones que se realizan para y con la participación de los usuarios.

*Calidad* es un concepto relativo al uso esperado y al cliente debido a que difiere dependiendo del tipo de producto o servicio, tipo de empresa y el tipo de cliente que se trate (Bustamante et al., 2020).

Por su parte Bustamante et al (2020) definieron la *satisfacción*, como:

El concepto de satisfacción reporta a la percepción íntima que experimenta el cliente o usuario y a la evaluación que éste realiza del respecto del servicio al cual se enfrenta, sea en términos de si éste respondió a sus necesidades o bien si la entrega le permite alcanzar y superar sus propias expectativas (Zeithaml y Bitner, 2002), en consecuencia, la satisfacción es un juicio acerca de los rasgos que caracterizan un producto o servicio, mismo que es definido o determinado por el cliente y que, por medio del cual, se logra responder luego de alcanzar un cierto grado de saciedad, que se sintetiza en un grado o nivel placentero de recompensa auto percibida por el propio cliente o usuario (p. 2).

Por su parte, Bravo (2011), definió la percepción, como la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los sentidos en un todo, creando un concepto, basado en la formación y experiencia.

## Capítulo II

### Marco Referencial

Este capítulo presenta los principales estudios realizados en el mundo con las variables implicadas. Además, se desarrolló el marco legal donde expone las principales leyes que respaldan la investigación. Finalmente, se desarrolla un análisis de la institución de estudio.

#### Estudios realizados en el mundo

Una investigación realizada por Gutiérrez et al., (2009) titulada: Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un Hospital General de Lima, su finalidad fue determinar la influencia del tiempo de espera sobre la satisfacción del usuario en la farmacia central del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM), se realizó un estudio transversal donde se registró los tiempos de espera por cada subproceso de atención (facturación, pago en caja y entrega de medicamentos) mediante la observación directa de los usuarios. La principal conclusión a la que llegaron en su estudio fue: El tiempo de espera de los pacientes que acuden a la farmacia central del HNDM es prolongado ( $37,1 \pm 14,7$  min.) en comparación a los registrados por estudios realizados en otros países (Gutiérrez et al., 2009).

Por su parte, Acosta et al (2011) realizaron la investigación: Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina donde su objetivo central fue identificar el nivel de satisfacción de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba. La principal conclusión a la que llegaron fue que el análisis de la satisfacción de los destinatarios de los centros de salud es importante para

proporcionar información válida para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos sanitarios.

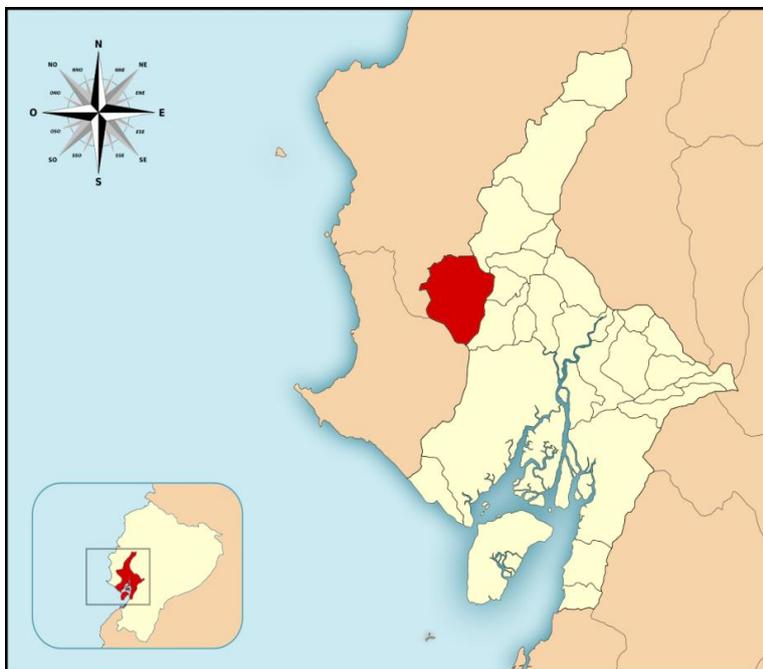
También, Del Salto (2014) en su tesis presentada como requisito parcial para optar por el Grado Académico de Magister en Gestión de Salud en la Universidad Central de Ecuador, se planteó como objetivo analizar la calidad de la atención ofertada por parte del Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía y la satisfacción de los estudiantes, docentes y administrativos respecto a las expectativas que tienen de sus necesidades de salud en el periodo 2012 (Del Salto, 2014). Como principales conclusiones a las que se llegó en el estudio se destacan que los usuarios del Departamento Médico se encuentran satisfechos de la atención entre el 88,97 y el 94,36 % de toda la población del Instituto Nacional Mejía, más del 50% de los usuarios fueron atendidos sin Historia clínica, se observó que previa a la atención médica no fueron tomados signos vitales en una proporción considerable de los usuarios atendidos (32%), no existe una adecuada información en pos consulta por parte del personal de Enfermería.

Además, Vera y Trujillo (2016) en su investigación el efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México, su finalidad fue ofrecer una explicación de los factores que tienen impacto en la percepción de satisfacción del derechohabiente del sistema público de salud. Con base en los resultados obtenidos, se puede argumentar que se tienen evidencias para soportar las hipótesis cambiamos libre lo que se puede decir que probablemente los factores: servicio proporcionado por los médicos, servicio en la entrega de medicamentos, servicio del área de análisis clínicos y la calidad de las instalaciones son los de importancia principal para generar una sensación de alta satisfacción por parte de los derechohabientes.

## Reseña Histórica de la institución de salud

### Pedro Carbo

Está a 63 km. de Guayaquil se encuentra su cabecera cantonal. Está asentada a 97 m.s.n.m., temperatura promedio de 27°C y precipitación promedio anual de 793 mm. Parte de su territorio está influenciado por el bosque seco tropical, lo que permite que comparta especies del bosque tumbesino, ecosistema de importancia en el contexto internacional por la diversidad de flora y fauna que se encuentra en él.



*Figura No. 1 Mapa de Pedro Carbo en Ecuador y en la Provincia del Guayas.*

De acuerdo con el INEC, la población total del cantón es de 43.436, habiendo 22.608 hombres (52%) y 20.828 mujeres (48%). Actualmente existen 14.130 viviendas, siendo la media de las unidades familiares de tres personas por vivienda. La tasa de analfabetismo asciende al 16,5% (la segunda más alta de la

Provincia del Guayas), y la edad promedio de los habitantes actualmente es de 28 años (INEC, 2017).

La agricultura y ganadería son sus principales fuentes de riqueza, existen cultivos de arroz, maíz, algodón, girasol, maní y banano. En lugares llamados vegas o ciénagas se siembran diversos productos agrícolas con óptimos resultados. Se cría ganado de calidad, especialmente vacuno y caprino. Algunos habitantes son hábiles ebanistas y tejedores de paja toquilla. Actualmente se desarrolla como un gran productor de frejol palito también llamado gandul o pichuncho.

### **Centro de Salud Materno Infantil Pedro Carbo**

Es un centro de salud correspondiente al primer nivel de atención de salud que pertenece al Ministerio de Salud Pública. Atiende en un horario de 24 horas, pertenece al distrito de salud 09d14 Isidro Ayora; Lomas de Sargentillo; Pedro Carbo parroquia: Pedro Carbo.

Actualmente el Centro de Salud dispone de Médicos Generales, Odontólogos, Obstétricos, Psicólogos y Pediatras. Además de personal de enfermería, de servicio, guardianía y administrativos. En total son más de 30 personas laborando en diferentes turnos, matutino, vespertino y nocturno.

Cuenta con área de Emergencia la misma que atiende las 24 horas al día, en esta área se da el servicio de Medicina General y Obstetricia. A su vez el área tiene capacidad de seis camas para hospitalización de pacientes que lo requieran. En el área de consulta externa cuenta con Medicina General, Obstetricia, Ginecología, Odontología, Medicina Familiar, Psicología, Triage y Preparación, Estadística, Vacunas, Farmacia. Presta el servicio de ambulancia 911 para traslado de los pacientes hacia los hospitales de mayor complejidad.



**Figura No. 2 Fachada de Centro de salud Tipo C Pedro Carbo**  
Tomado del Ministerio de Salud Pública informe de gestión (2018).

De acuerdo con lo indicado en la página web del Ministerio de Salud Pública, durante el año 2016 en el distrito 09D14 se atendieron un total de 45.050 personas de las cuales 13217 fueron hombres y 31826 mujeres. Entre las principales causas de morbilidad ambulatoria se encuentran la rinofaringitis aguda, infección de vías urinarias no especificadas, amigdalitis aguda, parasitosis intestinal, vaginitis aguda y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (MSP, 2018).

### **Servicios Médicos**

El Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo cuenta con los siguientes servicios:

- Emergencia
- Consultorio Obstétrico
- Medicina General
- Estación de enfermería
- Área de Parto
- Odontología

- Área de estadística
- Consulta Externa
- Consulta Ginecológica

### **Personal médico**

Según las estadísticas del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo hay 62 personal que laboran en esta institución:

- Dos Enfermeras rurales
- Un auxiliar de enfermería
- Ocho médicos generales
- Nueve médicos rurales
- Cuatro odontólogos rurales
- Cuatro obstetras
- Un médico calificador
- Dos obstetras
- Ocho enfermeras
- Un médico del barrio
- Dos auxiliares de enfermería
- Dos estadísticos
- Un médico especialista
- Dos tecnólogos de laboratorio
- Cinco administrativos
- Una psicóloga
- Cinco auxiliares de laboratorio
- Cuatro choferes de ambulancia

No se ha evidenciado reportes en relación a la medición de la satisfacción de usuario con los servicios brindados por el centro de salud, por tanto, no se encuentra una línea base que permita conocer la evolución de la misma. Toda información generada será la primera de su tipo y será un punto de partida para la mejora constante y continua de la atención a la población.

### **Marco Legal.**

La Constitución de la República del Ecuador expedida por la Asamblea Nacional en el año 2008 dio un giro radical en materia de planificación estableciendo la reestructuración de los gobiernos, ministerios e instituciones del sector público, en un proceso de reforma del Estado. En el Título VII se garantiza la salud de la nación como un derecho, a fin de la construcción del Buen Vivir, para tal efecto establece la figura del Sistema Nacional de Salud para asegurar la asistencia de los servicios de salud cuyos componentes principales del sistema se encuentran expresados en el artículo 359:

El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 165).

En la constitución lo que se busca es mejorar la planificación y gestión de las estructuras estatales, de esta manera se organiza el proceso de reforma del Estado en tres áreas: descentralización, desconcentración y autogestión de funciones para desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo en su comunidad un nivel de vida adecuado.

En el artículo 32 estipula que:

El derecho a la salud debe formar parte de un todo y complementarse con los derechos al agua, alimentación, educación, el trabajo, seguridad social entre otros, que de una u otra manera contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. Con la atención de estos derechos constitucionales se busca combatir la presencia de problemas de salud a través de un trabajo conjunto a estas áreas mediante el cumplimiento de la organización de la república de manera descentralizada en todos sus niveles (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 16).

La nueva organización del Estado se basa en la planificación bajo la cual se ejecuta, integra y maneja la normativa, principios, procedimientos, instrumentos, planes y demás elementos que permitan la interrelación de los sectores públicos y sociales en la gestión y planificación de desarrollo nacional.

En ese contexto, uno de los pilares fundamentales de la planificación es la descentralización y desconcentración que conllevan al desarrollo territorial, acercando así los servicios a la población. De ahí que el Ecuador está dividido actualmente en (Asamblea Nacional Constituyente, 2008):

**Zonas:** actúan como entidades de coordinación estratégica, se conforman por la unión de dos o más provincias, se han delimitado nueve zonas administrativas y de planificación, que generan políticas en su área de jurisdicción.

**Distritos:** coalición de cantones como unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos.

**Circuito:** es la parroquia principal o a su vez puede ser la vinculación de parroquias de la localidad donde los servicios públicos de calidad están al alcance de la ciudadanía.

Por lo tanto, las instituciones de salud se establecerán de acuerdo a estos lineamientos territoriales, de forma que se genere un ciclo de información entre estas tres divisiones, los distritos recogerán información de las necesidades que serán suministradas por los circuitos y así sucesivamente.

### **Estructura del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.**

La estructura del sistema se conforma de las instituciones, organizaciones, entidades y personas cuya finalidad sea la salud, o se relacione, proporcione, fomenta o que sus componentes tengan que ver con actividades relacionadas a ella (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2012).

El sistema de salud ecuatoriano resulta de la coexistencia del sector público y el privado y de la coalición de estos se conforman un tercer componente mixto; esta estructura tiene su origen por la procedencia de los recursos, es así que los tres apelativos son los subsistemas de la estructura nacional de salud. El desempeño del sistema en primera instancia está en manos del gobierno quien debe formular una buena política de trabajo, pero es fundamental la rectoría de cada institución sanitaria como unidad que conforma el sistema nacional.

El sistema nacional de salud está integrado por (MSP, 2012):

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Animadas y Policía Nacional.

5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud

### **Niveles de Atención**

Los niveles de atención es la organización de los servicios de salud para establecer la oferta de servicios que garantice la capacidad resolutive y continuidad necesaria para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población (MSP, 2012).

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud, su organización se determina de acuerdo a la tipología del servicios que deben prestar, bajo los estándares de calidad, por medio de una infraestructura adecuada, de acuerdo a la demanda poseer el equipamiento necesario, con la colaboración del talento humano con un nivel tecnológico siguiendo la articulación que el Estado dictamina para garantizar continuidad y el acceso a los requerimientos de las personas hasta la resolución de su salud se trabajara a partir de un sistema de referencia y contra-referencia que garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad (MSP, 2012).

Los niveles de organización que se plantean para la salud pública parten de una estructura que va de forma ascendente, desde un nivel de atención básico hasta un nivel de atención especializada.

El primer nivel es donde parte el proceso de atención en el cual se resuelve la mayoría de necesidades de salud de una determinada población de acuerdo a las características geográficas determinadas en el ordenamiento territorial, al cual deben dirigir sus esfuerzos este primer nivel, el Estado indica que debe resolver el 80% de los problemas de salud, aquí es donde llega primero el paciente y este nivel se encarga del flujo de pacientes en el sistema, asegurando la continuidad de la atención, si el paciente requiere de un servicio más especializado este nivel le direcciona otra referencia, es decir un centro más especializado de atención para resolver el problema. El nivel uno son servicios ambulatorios y resuelve problemas de salud de corta estancia (MSP, 2012).

Es el nivel de primer contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, su función parte de resolver las necesidades básicas o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales según ha determinado el modelo de atención actual para las instituciones públicas que conforman el sistema nacional de salud (MSP, 2012).

### **Centro de salud**

Atención primaria de salud o centro de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Además, existe un interés creciente por la calidad en todos los sectores, al que no escapa, naturalmente, el sector salud. En el personal de salud, el compromiso por la calidad es algo inherente, pero requiere conocimientos y habilidades para desarrollarlo (Ramírez, 2011).

La calidad en el campo de la atención médica escapa a todo intento de medición y control, si se entiende como tal aquella atención médica que se otorga oportuna y eficaz, con un adecuado aprovechamiento de los recursos tecnológicos, científicos y de tiempo y que incluye una óptima interacción entre el médico y el usuario. Los usuarios están más informados y tienen una conciencia más crítica que ha generado demandas de más y mejores servicios, es decir mayor eficiencia y calidad de atención médica. Pero no sólo los usuarios de los servicios de salud

esperan y demandan una atención de calidad, también los profesionales de la salud y los directivos comparten esta preocupación.

Sin embargo, no es suficiente que los usuarios quieran y exijan mejores servicios; ni que las instituciones y los profesionales de la salud quieran otorgar atención médica de calidad, se requiere, además, contar con una serie de conocimientos, herramientas y técnicas que estén ordenados, estructurados y conjuntados integren un sistema de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios, así como de los prestadores de los servicios de salud.

## **Capítulo III**

### **Marco Metodológico**

En este acápite muestra cómo se desarrolló la aplicación de las técnicas de investigación para conocer los resultados y dar paso a la propuesta en el siguiente capítulo.

#### **Tipo de investigación**

Esta investigación es descriptiva de enfoque cuantitativo que se recolectó datos sobre los tiempos de espera de atención y su relación con la satisfacción de los usuarios del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14. El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y análisis para contestar preguntas de investigación, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en un conjunto (Hernández & Mendoza, 2018).

#### **Investigación descriptiva**

La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández & Mendoza, 2018). Por medio de la descripción de la situación en estudio y la relación entre las variables dependiente e independiente se pretende llegar a relacionar los objetivos señalados y propuestos en este proyecto.

#### **Diseño de la investigación**

Esta investigación es de tipo no experimental, descriptivo. No experimental porque no se puede manipular las variables, los datos a reunir se obtuvo de los usuarios del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14 para analizar la analizar los tiempos de espera de atención y su relación con la satisfacción. La investigación no experimental es la que se realiza sin manipular

deliberadamente las variables, lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández & Mendoza, 2018, p. 320).

### **Alcance de la Investigación**

El proyecto de investigación se llevó a cabo en la Consulta Externa los tiempos de espera de atención y su relación con la satisfacción de los usuarios con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de los usuarios del centro de salud tipo c Pedro Carbo – distrito 09d14 mediante la aplicación de un cuestionario con la finalidad de presentar un plan de mejoras para disminuir el tiempo de atención que espera el usuario.

### **Métodos y procedimientos**

#### **Criterios de Inclusión**

- Personas mayores de 18 años.
- Familiar u otra persona que acompaña al usuario.
- Que hayan recibido atención médica en el centro de salud.
- Que den su consentimiento de participar en el estudio.

#### **Criterios de Exclusión.**

- Acompañante de usuarios menores de 18 años y de aquellos que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Usuarios o familiar que no desee participar en el estudio.

### **Definición de variables**

Las variables se definieron de la siguiente manera (Marisa, 2016).

Fiabilidad: Variable cuantitativa discreta medida en escala de intervalo definida Como la capacidad del personal de realizar el servicio acordado de forma

veraz y correcta. Estará constituida por los ítems del 1 al 5 y se registrarán los niveles de satisfacción y expectativa mediante la escala de Likert.

Capacidad de respuesta: Variable cuantitativa discreta medida en escala de intervalo definida como la capacidad de reaccionar ante cualquier problema o eventualidad que ocurra previa o durante una atención. Estará constituida por los ítems del 6 al 9 y se registrarán los niveles de satisfacción y expectativa mediante la escala de Likert.

Seguridad: Variable cuantitativa discreta medida en escala de intervalo definida como el conocimiento seguro y claro de algo para inspirar confianza y credibilidad. Estará constituida por los ítems del 10 al 13 y se registrarán los niveles de satisfacción y expectativa mediante la escala de Likert.

Empatía: Variable cuantitativa discreta medida en escala de intervalo definida como la atención individualizada y esmerada que ofrece toda la organización a sus clientes. Estará constituida por los ítems del 14 al 16 y se registrarán los niveles de satisfacción y expectativa mediante la escala de Likert.

Aspectos tangibles: Variable cuantitativa discreta medida en escala de intervalo definida como el aspecto de las instalaciones físicas, el personal, maquinarias, equipos, herramientas, métodos, procedimientos, instrucciones, materiales de comunicación y productos intermedios. Estará constituida por los ítems del 17 al 20 y se registrarán los niveles de satisfacción y expectativa mediante la escala de Likert.

Edad: Variable cuantitativa discreta medida en escala ordinal definida como el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Sexo: Variable cualitativa dicotómica medida en escala nominal definida de acuerdo con las características físicas externas de cada persona siendo registrada como masculino o femenino.

Grado de Instrucción: Variable cualitativa medida en escala nominal definida de acuerdo con los estudios que realizó siendo considerado únicamente los estudios finalizados, es decir, primaria completa, secundaria completa, superior completa, posgrado completo o analfabeto.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El instrumento utilizado para medir la satisfacción con el servicio de atención fue el modelo Serqual modificada, para su uso en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (SMA) y para medir el tiempo de espera se utilizó la escala de Pashanaste y Pinedo (2016).

El formato de estas encuestas está estructurado con la siguiente información (Marisa, 2016):

Datos Generales del Encuestado. Donde se identificaron la condición del Encuestado: edad, sexo, nivel de estudio.

Datos de Expectativas y Percepciones, que son 20 preguntas divididas cada una de ellas en una parte de expectativas y una parte de percepción del encuestado, distribuidas en cinco criterios o dimensiones de evaluación de la calidad:

- Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05.
- Capacidad de Respuesta: Preguntas del 06 al 09.
- Seguridad: Preguntas del 10 al 13.
- Empatía: Preguntas del 14 al 16.
- Aspectos Tangibles: Preguntas del 17 al 20.

Las áreas de preguntas están diseñadas al tipo de escala de Likert del 1 al 5, considerando 1 la más baja y 5 la más alta. El grado de satisfacción de los usuarios se determinó calculando la diferencia entre las respuestas brindadas para las expectativas y las percepciones y posteriormente fue interpretada según los siguientes parámetros:

Menor de 0 = satisfacción.

0 = satisfacción.

Mayor que 0 = insatisfacción

La escala de tiempo de espera esta estructura de 4 preguntas (21 – 24).

Se le explicó a los pacientes detalladamente sobre la forma adecuada del llenado de la encuesta, la cual tuvo una duración por cada usuario de aproximadamente 15 minutos.

La encuesta se realizó en dos etapas: la primera etapa consistió en contestar las 20 preguntas sobre las expectativas antes de recibir el servicio y la segunda etapa en contestar las 20 preguntas sobre la percepción después de haber recibido el servicio con la variable tiempo de espera.

### **Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Una vez realizadas las encuestas, se elaboró una base datos en Excel en la cual se colocaron todas las variables a analizar. Se procedió a realizar análisis descriptivos de las variables edad, sexo y nivel de instrucción, así como también se midió el grado de satisfacción total y por dimensiones de los usuarios para con la atención recibida.

### **Población**

Para el grupo de estudio se consideró a 3 550 usuarios como promedio mensual entre enero a diciembre del 2017, que asistieron a Consultas Externas al

Centro de Salud tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14”, en el cantón Pedro Carbo, provincia del Guayas.

### **Muestra**

Se la obtuvo a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{e^2 (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde N = 3.550 usuarios

P = 50%

Q = 50%

e = 5%

Z = 95%

n = 347 usuarios

### **Validación del cuestionario**

Se procedió a validar el instrumento y según Hernández y Mendoza (2018) la validez es el grado en que un cuestionario mide realmente la variable que pretende medir y la confiabilidad del mismo se refiere al grado en que su aplicación repetida a la misma persona produce resultados iguales. Para probar estos conceptos es mediante el Alfa de Cronbach y el coeficiente KMO el cual se obtiene de un análisis de componentes principales. Estas pruebas se aplicaron en la variable de estudio.

El Alfa de Cronbach es un índice que mide la consistencia interna de una escala para evaluar que los ítems del cuestionario esta correlacionados (Oviedo & Arias, 2005).

**Tabla 2.****Coefficiente de Alfa de Cronbach**

Rango	Magnitud
0,81 – 1,00	Muy Alta
0,61 – 0,80	Alta
0,41 – 0,60	Moderada
0,21 – 0,40	Baja
0,001 – 0,20	Muy Baja

Nota: Tomado de “Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach”

En el análisis de componentes principales permite medir la validez del constructo mediante el coeficiente KMO, el cual indica cuán grande es la correlación entre las variables de estudio (Hernández & Mendoza, 2018).

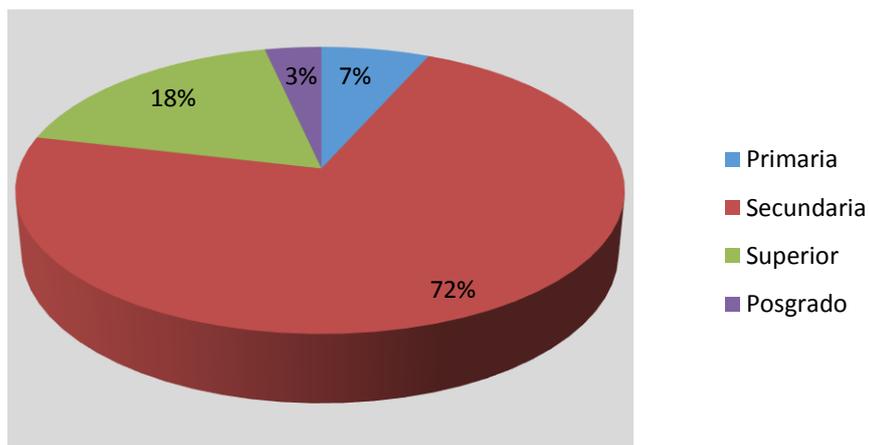
**Tabla 3.**  
**Valores sugeridos para KMO**

Rangos	Adecuación
0.01 a 0.59	Inadecuado
0.60 a 0.79	Mediocre
0.80 a 1	Satisfactoria

## Resultados

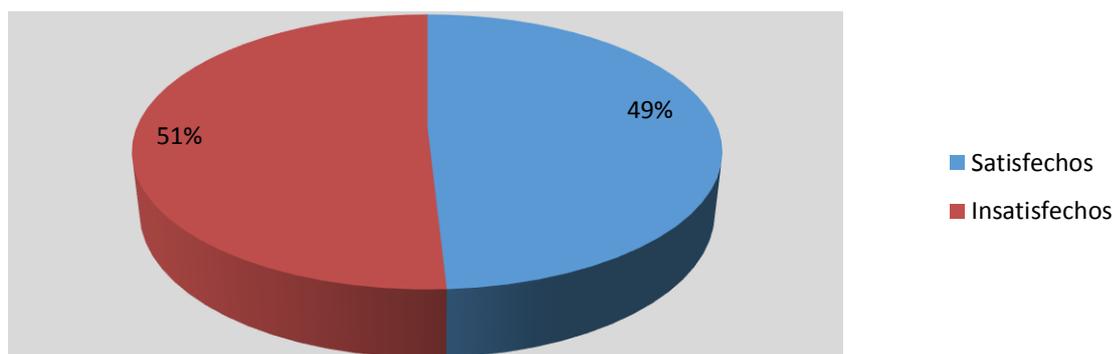
Se realizaron un total de 347 encuestas a los usuarios del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo.

Con relación a los aspectos sociodemográficos, se observó que el promedio de edad fue de 26,6 años mientras que, por ser una unidad de salud materno-infantil, todas las personas encuestadas fueron de sexo femenino. En cuanto al nivel de instrucción, se encontró que el 72% de los usuarios tenían nivel secundario.



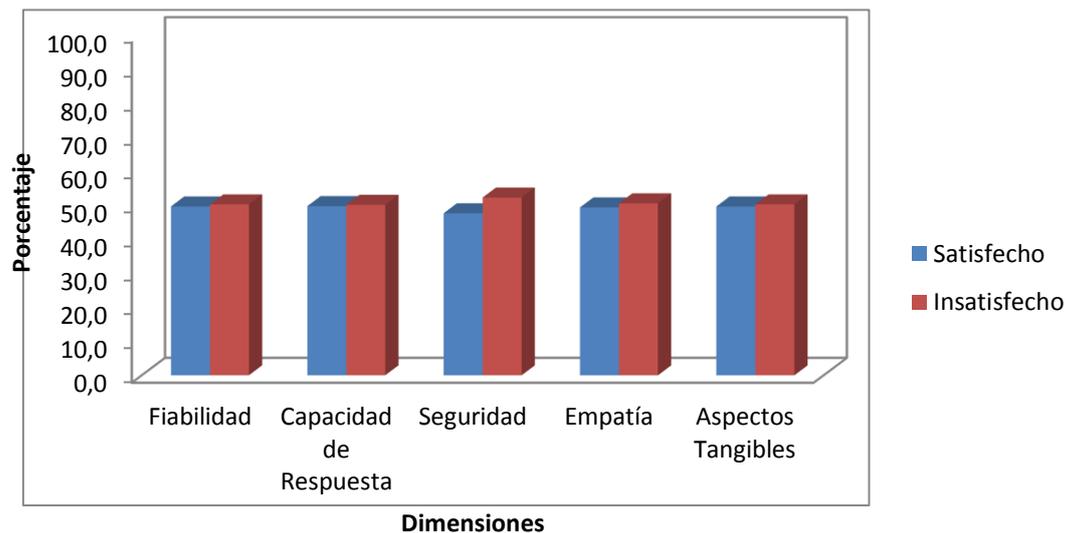
**Figura 3 Nivel de Instrucción de las personas encuestadas**

Al medir el grado de satisfacción total con el servicio brindado por el Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo, tenemos que el 49% de los usuarios se manifestaron satisfechos con la atención recibida.



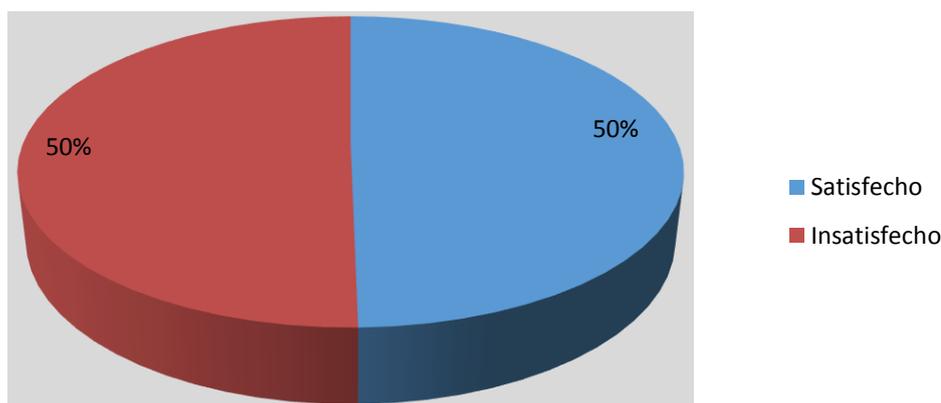
**Figura 4 Grado de satisfacción global de las personas encuestadas en relación a los servicios recibidos.**

El nivel de satisfacción de los usuarios fue medido por dimensiones. En relación a esta medición, se observó que la capacidad de resolución de la unidad de salud fue la que mayor porcentaje de satisfacción causó con el 49,8%.



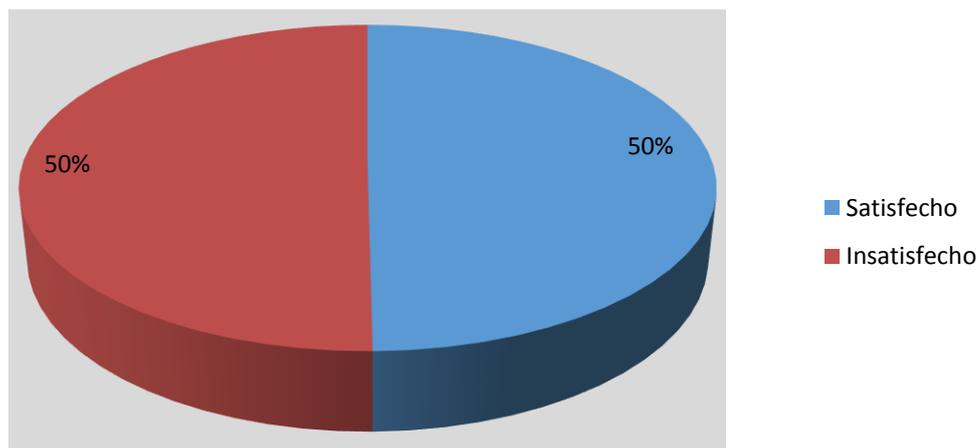
**Figura 5** *Porcentaje de satisfacción de los usuarios del centro de salud, por dimensiones.*

En la dimensión fiabilidad, que corresponde a las preguntas 1 al 5, la pregunta tres tuvo un porcentaje de satisfacción del 50,4% mientras que las demás no llegan al 50%. Cabe recalcar que la pregunta tres se refería que si la atención había sido dada por el médico.



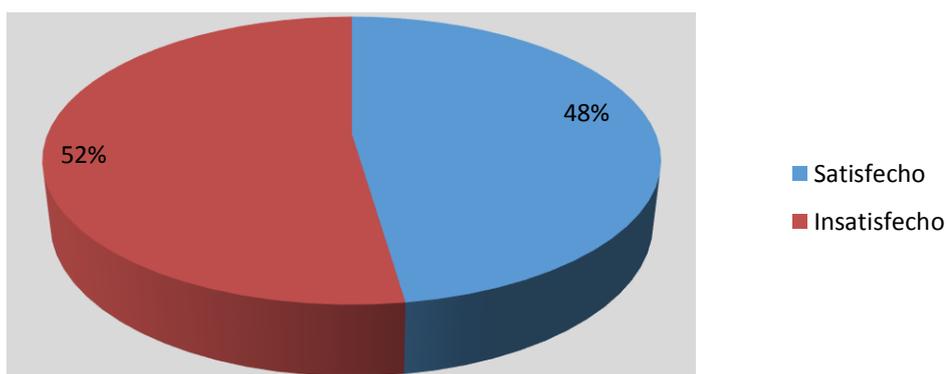
**Figura 6** *Porcentaje de satisfacción en la dimensión de fiabilidad.*

Para la dimensión de capacidad de respuesta ninguna de las preguntas alcanzó un porcentaje de satisfacción mayor al cincuenta por ciento. En esta dimensión la insatisfacción de los usuarios fue mayor.



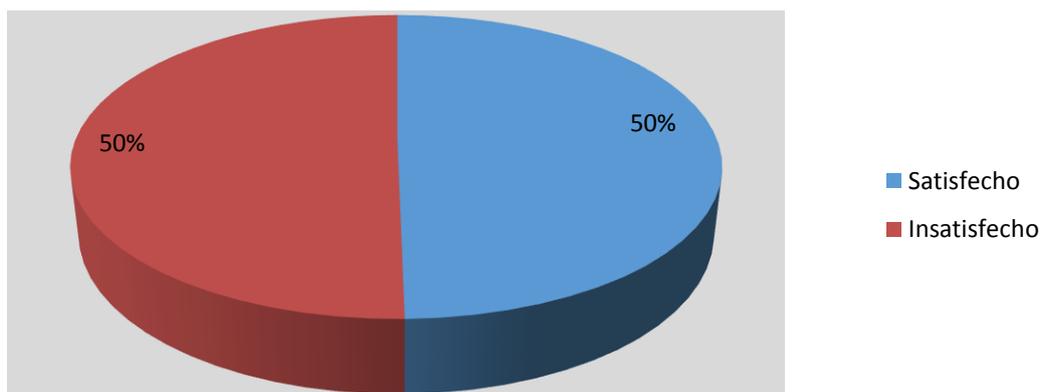
**Figura 7. Porcentaje de satisfacción en la dimensión de capacidad de respuesta.**

La dimensión de seguridad también fue evaluada. Se observó que esta dimensión tuvo el mayor grado de insatisfacción de toda la encuesta, siendo la pregunta 1 la que tuvo el nivel más bajo con el 47,2% de satisfacción. Esta pregunta se refiere a si durante su atención se respetó su privacidad.



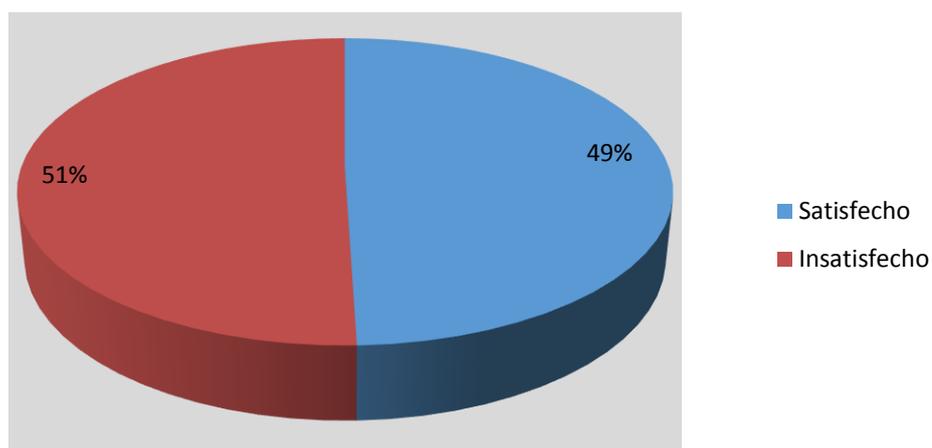
**Figura 8. Porcentaje de satisfacción en la dimensión de seguridad.**

La empatía entre el médico y el paciente fue considerada en la encuesta. En este caso la pregunta 15 tuvo el 50,4 % de satisfacción por parte de los usuarios, refiriéndose esta pregunta a si el personal mostró predisposición a resolver problemas relacionados a su atención.



*Figura 9. Porcentaje de satisfacción en la dimensión de empatía.*

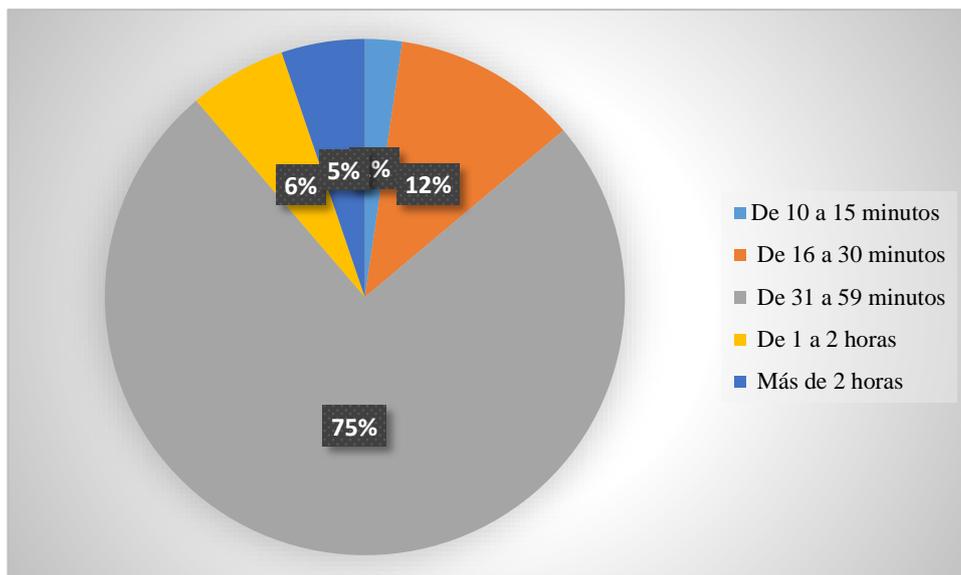
La dimensión de aspectos tangibles también fue analizada con la encuesta. Todas las preguntas están dirigidas a conocer la percepción del usuario con relación a la infraestructura, limpieza y personal que brinde orientación al usuario. En este caso la pregunta 19 fue la mejor calificada con el 50,4%.



*Figura 10. Porcentaje de satisfacción en la dimensión de aspectos tangibles.*

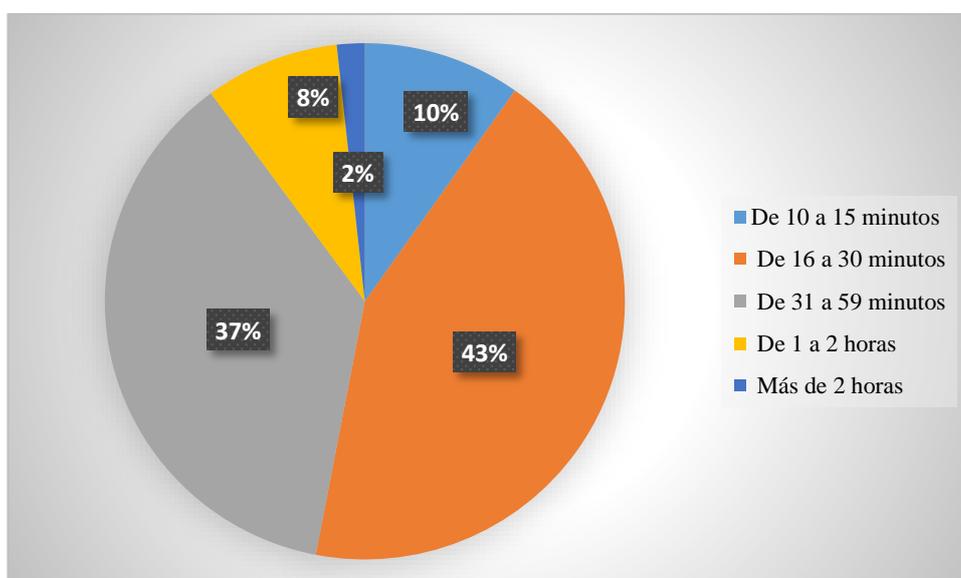
### **Resultados de la variable tiempo de espera**

A continuación, se detalla las preguntas que están relacionadas con el tiempo de espera.



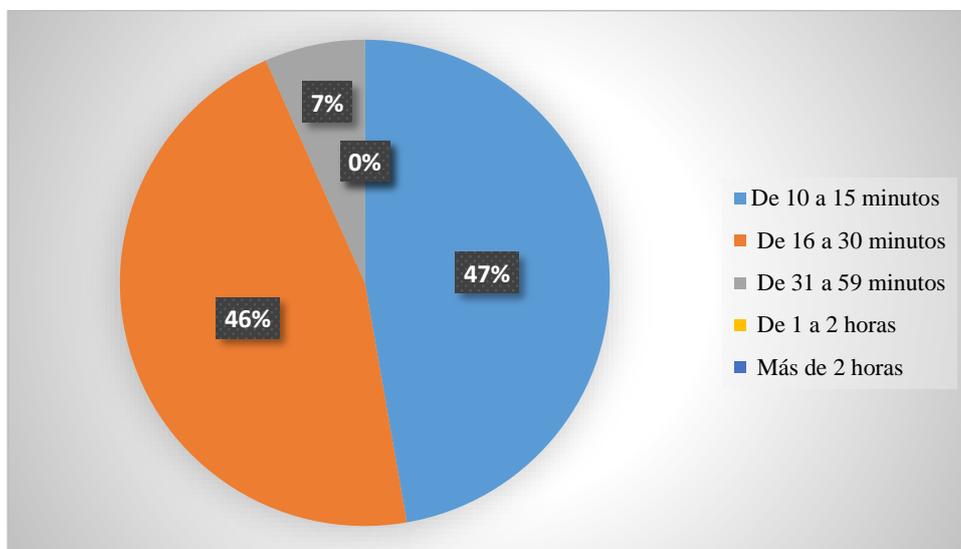
**Figura 11.** ¿Cuánto tiempo le tomó tramitar su cita en el área de admisión?

Los resultados muestran que el 75% de los usuarios les toca esperar entre 31 a 59 minutos para tramitar su cita en el área de admisión de consulta externa del Centro de Salud tipo C del cantón Pedro Carbo, el 12% de los encuestados han esperado entre 16 a 30 minutos. Por lo tanto, se muestra que la mayoría de los usuarios esperan aproximadamente una hora antes de ir a la consulta médica.



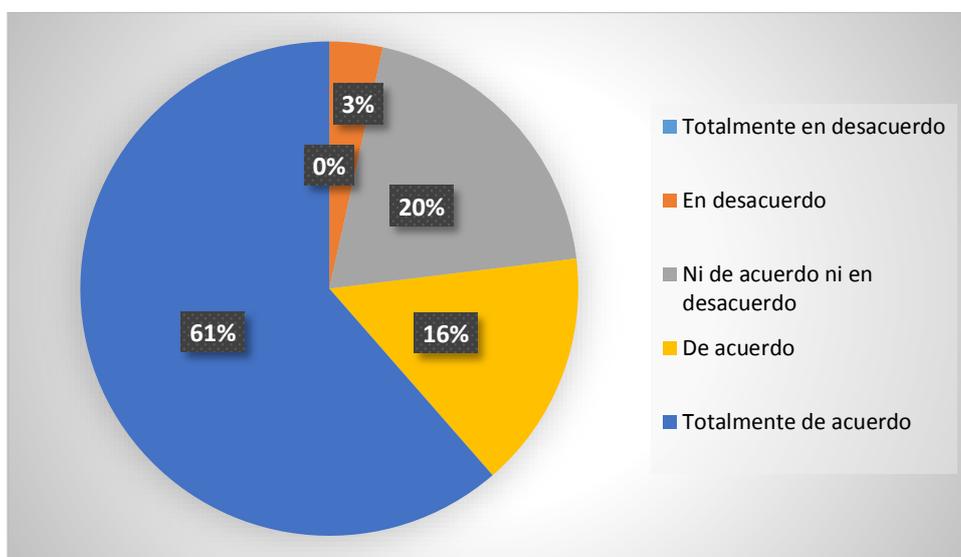
**Figura 12.** ¿Cuánto tiempo esperó en la sala de espera antes de la consulta?

Los usuarios esperaron en la sala de espera entre una a dos horas para poder entrar a consulta con el 8%, un 37% les tomó entre 31 a 59 minutos, al 10% entre 10 a 15 minutos, mientras que a un 43% les tomó entre 16 a 30 minutos. Por lo tanto, el rango de espera toma de 31 minutos a dos horas.



**Figura 13. ¿Cuánto tiempo duró la atención dentro del consultorio?**

El 47% de los usuarios han tenido un tiempo de duración de su consulta entre 10 a 15 minutos, el 46% entre 16 a 30 minutos. Es decir que aproximadamente un 93% es atendido entre 10 a 30 minutos.



**Figura 14. ¿Está de acuerdo con el tiempo que esperó durante su atención en el centro de salud?**

El 61% de los usuarios están totalmente de acuerdo con el tiempo que espero para entrar a consulta, el 16% está de acuerdo, el 20% es neutral y solo el 3% de los encuestados están en desacuerdo con el tiempo de espera durante su atención en el centro de salud.

### **Evaluación de las dimensiones de calidad de servicios**

Se evaluó cinco dimensiones en la encuesta aplicada a los usuarios. Cada dimensión estaba conformada por varias preguntas que permitían evaluar cada dimensión. Los resultados de cada pregunta se muestran en la tabla 4.

**Tabla 4.**  
*Resultados de las dimensiones*

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>PREGUNTA (VER ANEXO)</b>	<b>SATISFECHO</b>	<b>INSATISFECHO</b>	<b>TOTAL</b>
FIABILIDAD	1	49,5	50,5	100
	2	49,4	50,6	100
	3	50,4	49,6	100
	4	49,4	50,6	100
	5	49,6	50,4	100
CAPACIDAD DE RESPUESTA	6	49,9	50,1	100
	7	49,8	50,2	100
	8	49,6	50,4	100
SEGURIDAD	9	49,7	50,3	100
	10	47,5	52,5	100
	11	47,2	52,8	100
	12	47,8	52,2	100
EMPATÍA	13	48,2	51,8	100
	14	49,4	50,6	100
	15	50,4	49,6	100
ASPECTOS TANGIBLES	16	49,4	50,6	100
	17	49,3	50,7	100
	18	49,4	50,6	100
	19	50,4	49,6	100
	20	49	51	100
<b>TOTAL</b>		<b>49,3</b>	<b>50,7</b>	<b>100</b>

### **Análisis de Fiabilidad**

Para el análisis de fiabilidad se aplica el Alfa de Cronbach, el mismo es un índice que mide la consistencia interna de una escala para evaluar que los ítems del cuestionario esta correlacionados. En la tabla 5 muestra el alfa de Cronbach de

los constructos de la calidad de los servicios de consulta externa. La validación global fue de 0.80 por lo tanto, el instrumento es altamente fiable.

**Tabla 5.**

*Medidas de confiabilidad de constructo*

<i>Escala</i>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N. De ítems</b>
<b>Elementos tangibles</b>	0.481	4
<b>Fiabilidad</b>	0.652	5
<b>Capacidad de respuesta</b>	0.734	4
<b>Seguridad</b>	0.805	4
<b>Empatía</b>	0.701	3

Por su parte, el KMO fue de 0.78 y la prueba de esfericidad de Bartlett es significativa.

### **Discusión**

La satisfacción del usuario se halla influenciado por diversos factores como son el estado de tensión del usuario como consecuencia de su enfermedad, el proceso de atención, el medio ambiente que hace propicia esta atención, el tiempo de espera, la motivación del personal de salud, las experiencias pasadas que pueda tener del mismo o similares servicios, entre otros.

Este estudio encontró que el nivel de satisfacción global de 49% con la atención recibida en el Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo. Este porcentaje de usuarios satisfechos es mayor al 30.94% reportado por Reátegui, en el Hospital Sergio Bernales (Reátegui, 2008) y menor al 52.9% que obtuvo Cabello en la Emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Cabello, 2012) y menor al 97,4% reportado en la Emergencia del Hospital General de Huacho (Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Huacho y Red de Salud Huaura Oyón, 2010).

En este estudio, respecto a las variables sociodemográficas el 100% de los encuestados son mujeres debido a que la atención del Centro de Salud Tipo C es materno-infantil. En cuanto al nivel de estudios, el 72% tiene nivel secundaria, pero se encontró un menor porcentaje de usuarios con nivel superior (18%) comparado al 37.8% por Cabello y mayor al 26.24% reportado por Reátegui (Cabello, 2012).

La dimensión de seguridad presento mayores niveles de insatisfacción. La posible causa en nuestros resultados es que esta dimensión se considera si el médico tiene el tiempo suficiente para escuchar, explicar, dar información a los pacientes y familiares, así como la realización de un examen físico completo, lo cual es cada vez menos debido al tiempo máximo establecido por atender a un paciente.

Además, en este punto se debe considerar si la unidad de salud cuenta con el personal médico suficiente para dar atención, puesto que si los profesionales no están en el número adecuado para cubrir la capacidad de la unidad de salud los médicos se ven obligados a trabajar más de prisa para tratar de dar atención a todos los pacientes que lo necesitan.

Al hablar de la fiabilidad como parte del sistema de calidad, en el centro de salud se encontró que, si bien es cierto que la insatisfacción presenta valores mayores al de usuarios satisfechos, se debe recalcar que la diferencia entre ambos es de 0,6%. Al referirse este grupo de preguntas a la prioridad de atención, tiempo de atención y otros relacionados, estos resultados indican la necesidad de mejorar este aspecto. La incorporación de protocolos de triaje como el de Manchester puede ser una medida efectiva para fortalecer este punto.

La capacidad de respuesta evaluada en la encuesta presenta un panorama similar al anterior, con la diferencia que los niveles de satisfacción e insatisfacción fueron del 49,8% y 50,2% respectivamente. Al referirse este ítem a los servicios que brindan los llamados apoyos diagnósticos, es importante recalcar que la percepción del usuario es buena en relación con estos servicios.

La relación médico-paciente también fue medida como empatía, encontrándose que el 49,7% de los usuarios estuvieron satisfechos con la actuación del profesional de salud. Incluso los usuarios calificaron de manera alta el interés del personal en resolver cualquier situación que se presentase durante su atención.

Sin embargo, al considerar este último punto y relacionarse con el grado de insatisfacción en la dimensión de seguridad, se genera una posible contradicción pues los usuarios por un lado se sienten satisfechos por el interés del profesional en ayudarlos y por otro la insatisfacción por el tiempo insuficiente que los médicos dedican a los pacientes. Es probable que la variación de criterios esté en relación con cada médico que brindó la atención y no una tendencia general. Uno de los planes de mejora para esta situación sería la implementación de planes de capacitación continua en atención al usuario.

La encuesta incorporó preguntas sobre la percepción del usuario de las instalaciones y señalética del centro de salud. El grado de satisfacción estuvo en 49,5% mientras que la pregunta 19, que se refiere a si se cuenta con el equipamiento e insumos necesarios para la atención, tuvo un nivel de satisfacción del 50,4%.

La infraestructura de las unidades de salud y hospitales experimenta una gran mejoría durante los últimos años. La gran inversión en infraestructura y

equipamiento por parte del Ministerio de Salud han llevado a que actualmente el país cuente con centros de salud que cumplen altos estándares de calidad en cuanto a infraestructura se refiere. A pesar de esto, el centro de salud tipo C Pedro Carbo aún debe mejorar su infraestructura para fortalecer la percepción de satisfacción de los usuarios.

La insatisfacción global en usuarios no se ve influenciada por el tipo de sexo, femenino y masculino; ya que no existe diferencia significativa, a diferencia del estudio realizado por Casalino-Carpio donde si encontraron diferencia significativa entre pacientes, siendo las del sexo femenino las más insatisfechas.

Asimismo, según el grado de instrucción no se observa diferencia significativa en relación a la insatisfacción global encontrada, es decir el grado de insatisfacción no tenía nada que ver con mayores conocimientos o una instrucción superior, ya que para todos los grupos la insatisfacción está presente. Ramírez-Sánchez (Ramírez, 1998) describió diferencias importantes en la percepción de la calidad de los servicios de salud con relación a la escolaridad, siendo las principales razones para la insatisfacción en los grupos de alta escolaridad los largos tiempos de espera y el no haber sido atendido como esperaban debido a que el 75% de los usuarios les tocó esperar entre 31 a 59 minutos para tramitar su cita en el área de admisión de consulta externa del Centro de Salud tipo C del cantón Pedro Carbo y el tiempo de espera en sala de espera antes de ser atendido un 80% espera entre 31 minutos a dos horas. Además, aproximadamente un 93% de los usuarios fueron atendido entre 10 a 30 minutos.

## **Capítulo IV**

### **Propuesta de intervención**

Con los resultados de la presente investigación, se propone un plan de mejora dirigido a fortalecer las acciones del centro de salud para beneficio de los usuarios.

Análisis de las causas:

Los resultados de presente trabajo muestran que se debe mejorar en las cinco dimensiones evaluadas: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles puesto que el nivel de satisfacción bordea el 50% en todos los aspectos. Además de proponer un plan para mejorar el tiempo de espera en el centro sea agradable.

### **Objetivos**

1. Implementar plan de capacitación continua en atención al usuario.
2. Establecer procesos y procedimientos para la adquisición de materiales, medicamentos e insumos.
3. Desarrollar cronograma de evaluación y seguimiento de las mejoras implementadas.
4. Establecer el proceso de medición de satisfacción al usuario de forma periódica.

### **Desarrollo**

#### **Objetivo Uno**

Se creará un plan de capacitación en los siguientes temas:

- Atención al usuario.
- Comunicación efectiva.
- Relación médico-paciente.

- Mejoras en los circuitos de información (revisión del modelo de interconsulta, posibilidad de contacto directo, sesiones de discusión de casos etc.).

Las charlas se realizarán por turnos de tal manera que todo el personal médico y administrativo de la unidad de salud sean capacitadas. Se gestionará la presencia de expertos en cada uno de los temas a través de los canales establecidos por el Ministerio de Salud.

Se evaluará al personal en cada capacitación con test pre y post charla, y la emisión del certificado estará condicionado a la aprobación de las pruebas.

Generar una actitud de cordialidad, amabilidad en el personal de salud hacia el usuario, creando una mentalidad de servicio con calidad, desde el uso de un lenguaje óptimo para cada paciente de acuerdo a su nivel sociocultural, la comprensión de su padecimiento y el entendimiento en el manejo de éste, así también es importante crear un ambiente óptimo laboral hacia los diferentes prestadores de servicio es el objetivo principal de este acápite (Sánchez, 2005).

### **Objetivo Dos**

Elaborar los instructivos donde detalle los procesos para la adquisición de suministros médicos hasta que termine el proceso al llegar a la farmacia. Para llevar a cabo este objetivo se creará un grupo de expertos en el área, quienes elaboraran los instructivos, por lo tanto, no tendrá un costo adicional debido a que es una institución pública.

### **Objetivo Tres**

Posterior a las charlas de capacitación se elaborará un cronograma de evaluación para constatar la implementación de los conocimientos aprendidos, tanto para el personal de salud y administrativo.

El proceso de evaluación y seguimiento será llevado por el departamento de talento humano para garantizar el cumplimiento de este.

#### **Objetivo Cuatro**

Como parte del proceso de calidad institucional, se realizarán mediciones de satisfacción del usuario cada dos meses, para medir el impacto de las medidas tomadas. Se usará la misma herramienta utilizada en este estudio para garantizar la trazabilidad de la información obtenida.

#### **Metas e Indicadores**

##### **Objetivo Uno**

Meta: 100% de personal del centro de salud capacitado.

Indicadores: Porcentaje de personal capacitado.

##### **Objetivo Dos**

Meta: 100% de procedimientos e instructivos elaborados.

Indicadores: Número de procedimientos de adquisiciones elaborados.

Número de instructivos de adquisiciones elaborados.

Número de instructivos para planificación de insumos y  
medicinas

##### **Objetivo Tres**

Meta: 100% del personal capacitado aplicando los conocimientos aprendidos.

Indicador: Porcentaje de personal aplicando conocimientos aprendidos.

##### **Objetivo Cuatro**

Meta: 12 evaluaciones de satisfacción del usuario realizadas en un año.

Indicador: Número de evaluaciones de satisfacción al usuario

Con todas las acciones y actividades propuestas en este plan se busca mejorar la calidad de los servicios que la unidad de salud brinda a sus usuarios.

### Costo y personal asignado para la ejecución de la propuesta

**Tabla 6.**

*Costo y personal asignado para la ejecución de la propuesta*

	<b>Costo de implementación</b>	<b>Persona asignada</b>
O 1: Implementar plan de capacitación continua en atención al usuario.		
Capacitaciones al personal de salud y a los usuarios	\$ 2,000.00	Expertos en temas de salud
O 2: Establecer procesos y procedimientos para la adquisición de materiales, medicamentos e insumos.		
Instructivo para el manejo y distribución de medicamentos a la farmacia	\$ -	Personal médico
O 3: Desarrollar cronograma de evaluación y seguimiento de las mejoras implementadas.		
Elaboración de cronograma de evaluación del proceso implementado	\$ -	Personal médico
O 4: Establecer el proceso de medición de satisfacción al usuario de forma periódica.		
Proceso establecido por el Ministerio de Salud Pública	\$ -	Personal médico
<b>Total</b>	<b>\$ 2,000.00</b>	

### Cronograma de capacitaciones

A continuación, se detalla el cronograma de actividades donde incluye los objetivos específicos de la propuesta.







### Propuesta para mejorar el tiempo de espera de los usuarios

Para mejorar el tiempo de espera se elaboró un plan para medir el tiempo de espera con su respectivo indicador. A continuación, se detalla:

**Tabla 8.**

*Plan de mejoras con el tiempo de espera*

<b>Criterio</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición del Indicador</b>	<b>Estándar</b>	<b>Responsable</b>
Nº de pacientes en espera para consulta externa	Pacientes en espera estructural para primera consulta	Es el nº total de pacientes en espera para la atención en consulta, incluidos en un momento dado, en el registro	Nº de pacientes en espera estructural no superior a 150.	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.
Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes	Tiempo medio de espera estructural para primera consulta	Es el tiempo promedio expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural.	Tiempo medio de espera inferior a 30 días.	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.
Espera media de los pacientes atendidos	Espera media estructural para primera consulta	Tiempo promedio (en días), que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.	Tiempo de espera medio de los pacientes atendidos inferior a 30 días	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.

Distribución de los pacientes por tramos de espera.	Distribución de pacientes en espera estructural para primera consulta	Es el número de pacientes en espera estructural, incluidos en cada uno de los tramos de espera definidos: Hasta 30 días, 31-60, 61-90 y > 90 días.	Distribución de pacientes en espera estructural para primera visita: < o = 30 días: 65%. 31-60: 20% 61-90: 10% > 90: 5%	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.
Demora media	Tiempo medio de demora	Tiempo expresado en días naturales, que tardaría en absorberse al total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un periodo anterior definido.	Tiempo de demora media prospectiva inferior a 30-40 días.	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.

---

Adaptado del artículo “Plan de mejora para optimizar la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica (ugc) de urología” (Jiménez-Pacheco et al., 2011).

## Conclusiones

Esta investigación buscó establecer la relación entre los tiempos de espera y la satisfacción del usuario durante la atención brindada en las instituciones de salud. Es importante garantizar la atención médica brindada al paciente cumpliendo con los estándares de calidad en el servicio prestado. Es decir, la seguridad del paciente es elemental en la satisfacción del paciente; para ello es necesario que el personal salubrista este comprometido en brindar una atención de calidad y adaptarse a los cambios que se dan por la globalización.

El tiempo de espera en la mayoría de las instituciones médicas no se pueden cambiar; sin embargo, las instituciones pueden hacer que ese tiempo de espera sea agradable y placentero. En otros han optado por amoblar la sala de espera, instalar de tv, librerías, zona libre de Wifi y zona de cafetería para que el usuario espere su turno antes de ser atendido.

Finalmente, las organizaciones de salud están revisando sus procesos para conocer los flujos de los usuarios y saber qué tiempo aproximadamente se debe brindarle la atención médica. También, están ofreciendo atención médica mediante llamadas telefónicas previa cita.

En el primer capítulo se desarrolló la fundamentación teórica y conceptual, se resalta los principales conceptos relacionados al tiempo de espera, la satisfacción del paciente, la teoría de las expectativas, medición de los servicios médicos entre otras variables. También se presentó los estudios internacionales relevantes relacionados al tiempo de espera y la satisfacción de los usuarios con los servicios médicos. Además, se presentó el marco legal y la situación actual de la institución de salud.

Para el desarrollo de la metodología se analizó el tipo de investigación, el diseño de investigación, el alcance, los métodos aplicados, la definición de variables y la presentación de los principales resultados. Se aplicó la encuesta para medir la satisfacción del usuario con los tiempos de espera antes de asistir a la consulta médica en el centro de salud. El nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en el Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo fue de 49,3 %. La dimensión de seguridad fue la que mayor nivel de insatisfacción tuvo con el 52,3%.

Se identificaron que las cinco dimensiones aplicadas en la encuesta: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles intervienen en el resultado de satisfacción del usuario y los tiempos de espera.

Finalmente, se elaboró la propuesta para mejorar los tiempos de espera y la satisfacción de los usuarios de la institución salubrista. Se desarrolló la propuesta de intervención la cual consiste en capacitar al personal médico en temas de atención al usuario. Además, se propone elaborar un instructivo con los procesos para mejorar la distribución de los fármacos al área de farmacia. También se propuso evaluar al personal de salud respecto a los temas que se capacitaran.

### **Recomendaciones**

- Informar y sociabilizar los resultados de la presente investigación al personal del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo.
- Se sugiere implementar el plan de intervención propuesto en este trabajo.
- Evaluar continuamente la calidad de atención del personal de salud con la finalidad de conocer las posibles insatisfacciones que se presentan durante la atención a las pacientes, de tal manera detectar áreas que requiere una mejora oportuna.
- Capacitación continua al personal de salud que labora en el servicio de Consulta Externa con el fin de mejorar la calidad de atención y lograr la satisfacción total de las usuarias.
- Sugerir al coordinador del Servicio de Consulta Externa que se provea a las usuarias folletos, trípticos con temas educativos enfocados en temas de salud integral de la mujer.
- Realizar un seguimiento periódico al plan de mejora aplicado en el Servicio de Consulta Externa.

## Referencias

- Abraham, G., Byrnes, G. B., & Bain, C. A. (2009). Short-term forecasting of emergency inpatient flow. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 13(3), 380-388.
- Acevedo, G., Martínez, G., & Estario, J. (2007). Manual de Salud Pública 7. Argentina: Encuentro.
- Acosta, L., Burrone, M., Lopez, M., Lucchese, M., Cometto, C., & Ciuffolini, B. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. Obtenido de Enfermería Global:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000100014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100014).
- Álvarez, B., & Gallardo, J. (2013). Incidencia de la Supervisión en la Calidad del Servicio del Hospital Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces, Provincia de Los Ríos. Obtenido de Tesis de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud:  
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/2165/1/Tesis%20Integra.pdf>.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Montecristi.
- Bastani, S. (2007). Family comes first: Men's and women's personal networks in Tehran. *Social Networks*, 29(3), 357-374.

- Bravo, M. R. (2011). Percepción de la calidad que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña. (U. T. LOJA, Ed.) Obtenido de Proyecto de Investigación previo al Título de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en los Servicios de Salud:<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2843/1/Bravo%20Tapa%20Melida%20Rosario.pdf>.
- Cabello, E., & Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, 23(2), 88-95.
- Cantú H (2011). Desarrollo de una Cultura de Calidad. Cuarta edición. Mac Graw Hill, México.
- Colunga, C., López, M. A., Aguayo, G., & Canales, J. L. (2007). Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33.
- Comité Internacional de la Cruz Roja (2006). Los Servicios de Salud en el Nivel Primario. Suiza
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain* (Vol. 94). New York: McGraw-hill.
- Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*.
- De Bruin, A. M., Van Rossum, A. C., Visser, M. C., & Koole, G. M. (2007). Modeling the emergency cardiac in-patient flow: an application of queuing theory. *Health Care Management Science*, 10(2), 125-137.

- Del Salto, E. (2014). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el período 2012. Obtenido de Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UCE-0006-12.pdf>.
- Donabedian. (2000). La calidad de la atención sanitaria.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment [= Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1]. *Ann Arbor: Health Administration Press*, 8-11.
- Edwards, S. S. (2000). Accessing the user's perspective. *Health & Social Care in the Community*.
- Fernández, B. S. (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Revista Médica Herediana*.
- González, H. (2018). Calidad de la Atención. Obtenido de Publicaciones de Estudiantes: <https://www.aiu.edu/Spanish/CALIDAD-DE-LA-ATENCION.html>.
- Gutiérrez, E., Ramos, W., Uribe, M., Torres, C., Montesinos, D., & Galarza, C. (2009). Tiempo de Espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un Hospital General de Lima. Obtenido de *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Selección de la muestra. *Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 170-191)*. México: McGraw-Hill.

- Hulshof, P. J., Vanberkel, P. T., Boucherie, R. J., Hans, E. W., van Houdenhoven, M., & van Ommeren, J. K. C. (2012). Analytical models to determine room requirements in outpatient clinics. *OR spectrum*, 34(2), 391-405.
- Hopp, W., & Spearman, M. L. (2008). *Factory Physics International Edition*.
- Jemes, I. C., Romero-Galisteo, R. P., Labajos, M. T., & Moreno, N. (2019). Evaluación de la calidad de servicio en Atención Temprana: revisión sistemática. In *Anales de Pediatría* (Vol. 90, No. 5, pp. 301-309). Elsevier Doyma.
- Law, A. M., Kelton, W. D., & Kelton, W. D. (2000). *Simulation modeling and analysis* (Vol. 3). New York: McGraw-Hill.
- Ledesma, M. G. (2013). Acceso a los servicios de salud y nivel de satisfacción de los usuarios del subcentro de salud del valle en la ciudad de Cuenca durante el año 2013. Cuenca.
- Lin, D., Patrick, J., & Labeau, F. (2014). Estimating the waiting time of multi-priority emergency patients with downstream blocking. *Health care management science*, 17(1), 88-99.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 73-84.
- Marisa, C. (2016). Nivel de satisfacción del usuario externo atendido en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Noviembre 2015. Lima.
- Massip, C., Ortiz, R. M., Llanta, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-10.

- Matsumoto, R (2014). Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad Ayuda Experto. Revista Perspectivas, Bolivia.
- Ministerio de Salud del Perú. (2002). Encuesta de satisfacción de usuario externos de servicios de salud. Lima.
- Ministerio de Salud del Perú. (2007). Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud. Recuperado el 20 de Julio de 2018, de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2007/PNSGCS%20VF.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal, Ecuador. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Modelo de atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Informe de Gestión del Centro de Salud Tipo C de Pedro Carbo.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Principales causas de morbilidad ambulatoria 2016: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbididadambulatoria2016/Men?publish=yes>
- Mira, A. (2000). La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la Medicina clínica.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Sistemas de salud: Principios para una atención integrada. Suiza.

- OMS. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Padilla, S (2014). Gerenciamiento de la calidad y satisfacción al cliente en el área de urgencias del hospital universitario del caribe durante el primer semestre del 2013. Colombia.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Pashanaste, D., & Pinedo, L. (2016). Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha, Iquitos 2015. *Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú*.
- Senplades. (2017). Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida. Quito.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual review of public health*, 26.
- Ramírez, L. S. (2011). Salud en Tabasco. Obtenido de Salud en Tabasco: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182001>.
- Ramírez, S. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Pública de México*.
- Ramírez, R. (2010). Socialismo del Sumak Kawsay o biosocialismo republicano. *Los nuevos retos de América Latina: socialismo y Sumak Kawsay*, 1, 55-76.

- Rodríguez, G., González, A., Hernández, S., & Hernández, M. (2017). Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera. *Contaduría y administración*, 62(3), 719-732.
- Ruelas, E. (2005). Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 301-302.
- Solitario, G. S. (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: Su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Buenos Aires.
- Song, H., Tucker, A. L., & Murrell, K. L. (2015). The diseconomies of queue pooling: An empirical investigation of emergency department length of stay. *Management Science*, 61(12), 3032-3053.
- Tan, K. W., Tan, W. H. y Lau, H. C. (2013). Improving patient length-of-stay in emergency department through dynamic resource allocation policies. In Proceedings of 2013 IEEE International Conference on Automation Science and Engineering (CASE) (pp. 1–6).
- Tan, K. W., Lau, H. C. y Lee, F. C. Y. (2013). Improving patient length-of-stay in emergency department through dynamic queue management. In Proceedings of the 2013 Winter Simulation Conference (pp. 2362–2373).
- Urure I. (2007). Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería posoperatoria en el servicio de cirugía del Hospital “Santa María del Socorro” de Ica, 2006.
- Vera, J., & Trujillo, A. (2016). El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. Obtenido de ScienceDirect:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0186104216300419>.

- Vissers, J., & Beech, R. (2005). *Health operations management: patient flow logistics in health care*. Psychology Press.
- Whitt, W. (1999). Improving service by informing customers about anticipated delays. *Management science*, 45(2), 192-207.
- Yom-Tov, G. B., & Mandelbaum, A. (2014). Erlang-R: A time-varying queue with reentrant customers, in support of healthcare staffing. *Manufacturing & Service Operations Management*, 16(2), 283-299.
- Zeithaml, V., & Bitner, M. (2002). *Marketing de Servicios*. Segunda Edición Editorial McGraw-Hill.

## Apéndice

### Encuesta

#### Encuesta para determinar los tiempos de atención y su relación con la

Estimado usuario el siguiente cuestionario es para determinar los tiempos de atención y la relación con la percepción de satisfacción de los usuarios del centro de

#### DATOS GENERALES

##### EDAD

##### NIVEL DE ESTUDIOS

ANALFABETO

PRIMARIA

SECUNDARIA

UNIVERSITARIA

POSGRADO

1.- Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a la

1                      2                      3                      4                      5

2.- Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?

1                      2                      3                      4                      5

3.- Su atención estuvo a cargo del  
médico?

1                      2                      3                      4                      5

4.- El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus

1                      2                      3                      4                      5

5.- La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?

1                      2                      3                      4                      5

6.- La atención en el módulo de admisión fue rápida?

1                      2                      3                      4                      5

7.- La atención en el laboratorio fue  
rápida?

1                    2                    3                    4                    5

8.- La atención para tomarse exámenes radiológicos

fue rápida?

1                    2                    3                    4                    5

9.- La atención en la farmacia fue rápida?

1                    2                    3                    4                    5

10.- El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para responder sus

1                    2                    3                    4                    5

11.- Durante su atención se respetó su

privacidad?

1                    2                    3                    4                    5

12.- El médico que le atendió le realizó un examen físico completo por el

1                    2                    3                    4                    5

13.- El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o ha mejorado?

1                    2                    3                    4                    5

14.- El personal lo trató con amabilidad, respeto y

paciencia?

1                    2                    3                    4                    5

15.- El personal le mostró interés para resolver cualquier problema que se

1                    2                    3                    4                    5

16.- Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el

1                    2                    3                    4                    5

17.- Los carteles, letreros y flechas del servicio le parecen adecuados

1                      2                      3                      4                      5

18.- La unidad de salud contó con personal para orientar a los pacientes?

1                      2                      3                      4                      5

19.- La unidad de salud contó con los equipos y materiales necesarios para su atención?

1                      2                      3                      4                      5

20.- Los ambientes del servicio estuvieron limpios y cómodos?

1                      2                      3                      4                      5

(Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

### **Tiempo de espera**

21.- ¿Cuánto tiempo le tomó tramitar su cita en el área de admisión?

De 10 a 15 minutos

De 16 a 30 minutos

De 31 a 59 minutos

De 1 a 2 horas

Más de 2 horas

22. ¿Cuánto tiempo esperó en la sala de espera antes de la consulta?

De 10 a 15 minutos

De 16 a 30 minutos

De 31 a 59 minutos

De 1 a 2 horas

Más de 2 horas

23. ¿Cuánto tiempo duró la atención dentro del consultorio?

De 10 a 15 minutos

De 16 a 30 minutos

De 31 a 59 minutos

De 1 a 2 horas

Más de 2 horas

24. ¿Está de acuerdo con el tiempo que esperó durante su atención en el centro de salud?

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

(Pashanaste & Pinedo, 2016).



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**

**ENESCYT**

Agencia Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo **Martínez Holguín Andrea Evelyn** con C.C: # 0921803383 autora del trabajo de titulación: **“Estudio de los Tiempos de espera de Atención y su Relación con la Satisfacción de los Usuarios del Centro De Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14”** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de Septiembre de 2020

**Obst. Andrea Evelyn Martínez Holguín**

CI. 0921803383



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN</b>			
<b>TÍTULO:</b>	“Estudio de los Tiempos de espera de Atención y su Relación con la Satisfacción de los Usuarios del Centro De Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14”		
<b>AUTORA</b>	Obst. Martínez Holguín Andrea Evelyn		
<b>REVISORA/TUTORA</b>	Ing. Zerda Barreno Elsie, Mgs. / CPA. Vera Salas Laura, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de Septiembre 2020	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	82
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Tiempos de espera – Atención al usuario		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Satisfacción usuaria – tiempos de espera – Centro de Salud Tipo C Pedro - Servqhos		
<b>RESUMEN</b>			
<p>En la actualidad las instituciones de salud tanto públicas como privadas evalúan constantemente los servicios médicos a través de instrumentos validados, estos son aplicados a los usuarios para conocer las falencias y realizar una retroalimentación. El objetivo de este estudio fue analizar el tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios del centro de salud tipo c Pedro Carbo – distrito 09d14 mediante la aplicación del cuestionario Servqhos para realizar un plan de mejoras en la institución. Esta investigación es descriptiva de enfoque cuantitativo que se recolectó datos mediante la aplicación de un cuestionario sobre los tiempos de espera de atención y su relación con la satisfacción de los usuarios del Centro de Salud Tipo C Pedro Carbo – Distrito 09D14. El alfa de Cronbach de los constructos de la calidad de los servicios de consulta externa. La validación global fue de 0.80 por lo tanto, el instrumento es altamente fiable. Por su parte, el KMO fue de 0.78 y la prueba de esfericidad de Bartlett es significativa. Finalmente, se elaboró un plan de mejoras para la institución en mención</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONTACTO CON AUTOR:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-39920260	<b>E-mail:</b> andriu2512@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> María del Carmen Lapo Maza		
	<b>Teléfono:</b> +593-3804600 / 0999617854		
	<b>E-mail:</b> maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			