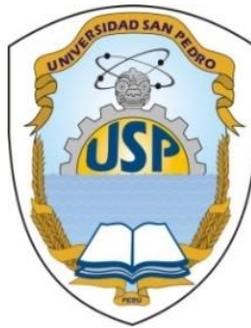


UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VIRRECTORADO ACADÉMICO

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**NIVEL DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL USUARIO
EXTERNO DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO
CLÍNICO DEL HOSPITAL “AUGUSTO B. LEGUÍA”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN
CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

TORRES GARIAZZO GIOVANNA SOLEDAD

LIMA - PERÚ

2017

Palabras Clave

Tema	Calidad de Atención
Especialidad	Gerencia en Servicios de Salud

**NIVEL DE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL
“AUGUSTO B. LEGUÍA”**

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
PALABRAS CLAVE	ii
TÍTULO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes y fundamentación científica	2
1.1.1 Antecedentes	2
1.1.2 Fundamentación científica	8
1.1.2.1 Desarrollo histórico de la calidad	8
1.1.2.2 Definiciones de Calidad en el campo sanitario	15
1.1.2.3 Naturaleza de la calidad	17
1.1.2.4 Calidad	23
1.1.2.5 Calidad de Atención en Salud	24
1.1.2.6 Dimensiones de la Calidad de atención	25
1.1.2.7 Teoría de sistemas y los procesos de atención	28
1.1.2.8 Modelos para medir la Calidad del Servicio	30
1.1.2.9 La satisfacción del usuario	35
1.2 Justificación de la investigación	39
1.3 Problema de investigación	40
1.3.1 Problema general	41
1.4 Conceptualización y operacionalización de las variables	41
1.5 Hipótesis	43
1.6 Objetivos	43
1.6.1 Objetivo general	43

	1.6.2 Objetivos específicos	44
II	METODOLOGIA	45
	2.1 Tipo y diseño	45
	2.2 Población y muestra	45
	2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos	45
	2.4 procesamiento y análisis de la información	47
III	RESULTADOS	48
IV	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	55
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
	5.1 Conclusiones	58
	5.2 Recomendaciones	59
VI	AGRADECIMIENTOS	60
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
VIII	APÉNDICES Y ANEXOS	65
	8.1 Anexo N° 1 Matriz de consistencia	65
	8.2 Anexo N° 2 Encuesta	68
	8.3 Anexo N° 03 Propuesta de mejora educativa	73

RESUMEN

El presente trabajo de investigación evaluó el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”, con el Objetivo General de Determinar el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”, en las dimensiones de Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía, y Aspectos Tangibles; Para el logro esperado se realizó una investigación de tipo Descriptivo, No experimental, de Corte transversal, Prospectivo, que se aplicó a través de la encuesta del Modelo SERVQUAL; la población estuvo conformada por los usuarios externos que acudieron al Departamento de Laboratorio Clínico durante el mes de Diciembre 2016, y la muestra fueron 250 usuarios. Llegando a la siguiente conclusión: la Expectativa sobre el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”, es mayor que la Percepción, entonces el Nivel de calidad de atención de los pacientes es Malo = Insatisfactorio en la Dimensión de Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles.

ABSTRACT

The present study evaluated the Quality of Care of the External User of the Department of Clinical Laboratory of the Hospital “Augusto B. Leguía”, with the General Objective of Determining the Level of Quality of Care of the External User of the Department of Clinical Laboratory of the Hospital “Augusto B. Leguía”, in the dimensions of Reliability, Responsiveness, Security, Empathy, and Tangible Aspects; For the expected achievement, a descriptive, non-experimental, cross-sectional, prospective research was carried out, which was applied through the SERVQUAL Model survey; The population was composed of external users who attended the Department of Clinical Laboratory during the month of December 2016, and the sample was 250 users. Coming to the following conclusion: Expectation about the Level of Quality of Care of the External User of the Department of Clinical Laboratory of the Hospital “Augusto B. Leguía”, is greater than the Perception, then the level of quality of attention of patients is Bad = Insatisfactory In the Dimension of Reliability, Responsiveness, Security, Empathy and Tangible Aspects.

I INTRODUCCIÓN

Actualmente en el mundo globalizado en que nos encontramos las actividades que se realizan sobre gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los Centros hospitalarios. Para poder conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta la organización y de este modo poder orientar las acciones de mejora continua, para ello se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la calidad de atención mediante las diversas herramientas de medición que permitan su monitorización. Por esta situación el Ministerio de Salud del Perú, incorpora la evaluación de la percepción y expectativa de los usuarios para analizar su opinión acerca de la calidad de atención, mediante el marco global de la evaluación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo RM N° 527-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011, utilizando la herramienta del modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), que consta de cinco (05) dimensiones: Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía y Aspectos Tangibles.

El Departamento de Laboratorio del Hospital “Augusto B. Leguía”, es una unidad de apoyo al diagnóstico, atendiendo las 24 horas del día de Lunes a Domingo, en un aproximado de 2,500 usuarios al mes, pero a pesar de tener y contar con una infraestructura casi moderna existen quejas, siendo una de las principales la demora en la atención, en los resultados y principalmente en la falta de materiales, instrumentos y reactivos para efectuar los exámenes correspondientes, por esta situación continua, cuando el usuario es atendido se observa quejas tanto de ellos como de sus familiares, por los diferentes motivos anteriormente expresados, ante esta situación surge la inquietud de realizar la presente investigación, con el objetivo de Determinar el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

1.1 Antecedentes y fundamentación científica

Se realizó búsqueda en bibliotecas, revistas científicas, revisión de artículos uso de buscadores virtuales para fundamentar la investigación propuesta.

1.1.1 Antecedentes

Huamán. (2014). Realizó el trabajo de investigación titulado *“Percepción de la Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital General I “José Soto Cadenillas” Chota, Setiembre”*. Universidad César Vallejo-Escuela de Postgrado. Tesis para obtener el grado de: Magister en Gestión de los Servicios de Salud. Siendo su objetivo determinar la percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencia. Tipo de Estudio: Cuantitativa y Descriptiva, transversal, evaluando por ende las dimensiones de estructura, proceso y resultado en la calidad de atención del servicio de emergencia. Llegando a las siguientes Conclusiones: -El 75% de trabajadores del servicio de emergencia, tienen una percepción regular de la calidad de atención y el 67% de los pacientes que permanecieron en observación, tienen una percepción regular de la calidad de atención. -La percepción de la calidad de atención se determinó por dimensiones encontrándose que respecto a la dimensión estructura el 79% de trabajadores tiene una percepción regular y el 80% de pacientes tiene una percepción regular; Referente a la dimensión proceso el 71% de trabajadores tienen una percepción de la calidad de atención regular, el 63% de los pacientes tienen una percepción regular; Respecto a la dimensión resultado el 54% de trabajadores perciben la calidad de atención como regular y el 72% de los pacientes tienen una percepción buena de la calidad de atención. -Los resultados obtenidos son indicativos que los trabajadores y pacientes que acuden al servicio de emergencia perciben la calidad de atención en un nivel regular.

García. (2013). Realizó el trabajo de investigación titulado *“Percepción y Expectativas de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud de los*

Usuarios del Centro de Salud Delicias Villa-Chorrillos período Febrero-Mayo". Siendo su objetivo identificar la percepción y la expectativa de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as externos en servicios de salud. Estudio: Observacional, descriptivo, transversal. Llegando a las siguientes Conclusiones: -Se encontró un nivel de insatisfacción de 55.24% del usuario externo atendido en los diferentes servicios del Centro de Salud. -La dimensión Fiabilidad presentó un nivel de insatisfacción de 58.5% por la deficiencia de medicamentos en farmacia. -La dimensión Capacidad de Respuesta presenta un porcentaje de usuarios insatisfechos 60.5%, por no recibir una atención rápida en el área de admisión. -La dimensión Seguridad como la dimensión Empatía presentan un nivel de satisfacción mayor que las demás dimensiones (51.8% en ambos casos). El respeto a su privacidad en el consultorio tiene usuarios insatisfechos (36.46%) en relación a las demás preguntas. -La dimensión aspectos Tangibles tiene una insatisfacción de 59.6%, por no tener baños limpios para los pacientes.

Alcántara. (2013). Realizó el trabajo de investigación *"Nivel de Satisfacción de los Pacientes Usuarios del Módulo Pre-Quirúrgico del Hospital Nacional de la PNP "Luis Nicasio Sáenz"*. Siendo su objetivo determinar el Nivel de Satisfacción de los Pacientes Usuarios del Módulo Pre-Quirúrgico. Siendo su método: Tipo Descriptivo, No experimental, de Corte transversal, Prospectivo. Llegando a las siguientes Conclusiones: La Percepción de la calidad de atención de los usuarios en el Módulo Pre-quirúrgico es negativa, entonces la calidad de atención es insatisfactoria. -En la percepción de la dimensión fiabilidad: los usuarios del Módulo Pre-quirúrgico la perciben negativa, estando Insatisfecho. -En la Percepción de la dimensión Empatía: los usuarios del Módulo Pre-quirúrgico la perciben negativamente, estando Insatisfecho. - En la percepción de la dimensión Capacidad de Respuesta: los usuarios del Módulo Pre-quirúrgico la perciben negativamente, estando Insatisfecho. -En

la percepción de la dimensión Tangibilidad: los usuarios del Módulo Pre-quirúrgico la perciben negativamente, estando Insatisfecho. -En la percepción de la dimensión Seguridad: los usuarios del Módulo Pre-quirúrgico la perciben negativamente, estando Insatisfecho.

Lira. (2012). Realizó el trabajo de investigación titulado ***“Percepción de la Calidad de Atención en el Servicio de Obstetricia, Área de Hospitalización del Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú”***. Siendo su objetivo determinar la percepción de la calidad de atención en el Servicio de Obstetricia, en las dimensiones de estructura, proceso, resultado y relacionar con la edad, nivel de instrucción y estado conyugal. El estudio es de tipo Descriptivo-Transversal, Observacional. Los resultados muestran que las usuarias del Servicio de Obstetricia, área de hospitalización el 73,5% corresponde a las edades de 18 a 35 años, en su mayoría tienen un grado de instrucción secundaria con 49,7%, cuyo estado conyugal es casada, con respecto a las características estructurales la mayoría de las usuarias 54,3% opinan que las condiciones en que se encuentra el servicio de Obstetricia, es regular, con relación al trato y atención brindado por el personal la mayoría refieren que es regular 55,0%, Referente al resultado de la atención el 53,0% de las usuarias opinan que la calidad de atención es regular. Por ende No existe relación entre percepción de la calidad de atención con la edad, grado de instrucción y estado conyugal, y la percepción de la calidad de atención de las usuarias del servicio de Obstetricia, es regular.

Sepúlveda. (2012). Realizó el trabajo titulado ***“Calidad de Atención en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”***. Siendo su objetivo determinar la calidad de la atención en el Departamento de Emergencia. La Investigación es de tipo descriptivo, No experimental, de corte transversal, prospectivo. Conclusiones:

-La Expectativa de la calidad de atención en general es Insatisfactoria. -La percepción en la dimensión fiabilidad es menor que la expectativa, encontrándose Insatisfechos. -La percepción de la dimensión Capacidad de Respuesta es menor que la expectativa, encontrándose Insatisfechos. -la percepción de la dimensión Seguridad es menor que la expectativa, encontrándose Insatisfechos. -La percepción de la dimensión Empatía es menor que la expectativa, encontrándose Insatisfechos. -La percepción de la dimensión Aspectos Tangibles es menor que la Expectativa, encontrándose Insatisfechos.

Veliz y Villanueva. (2011). Realizaron el trabajo de investigación ***“Calidad Percibida por los Usuarios Externos e Internos frente a los servicios que reciben en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de la DISA II Lima Sur”***. Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia Social. Siendo su objetivo analizar la calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que recibe en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual. Estudio: Tipo Exploratorio, De Corte Transversal, Descriptivo, enfoque Cuantitativo y Cualitativo. Llegando a las siguientes Conclusiones: -Los servicios prestados en el CERITS Chorrillos alcanzaron o superaron las expectativas de los usuarios externos en veintiuno (21) de los cincuenta (50) ítems evaluados. -De los diez (10) ítems que presentan mayores brechas negativas, ocho (08) corresponden a los mismos aspectos en ambos CERITS, y cinco (05) de ellos pertenecen al atributo Seguridad. -En general, la calidad percibida presenta mínimas brechas negativas, como consecuencia de una buena percepción de los servicios recibidos. -Las mayores brechas de calidad de los usuarios internos se presentaron en el atributo Oportunidades de progreso, a pesar que en términos generales los usuarios internos manifiestan estar satisfechos con el trabajo que realizan. -El Sistema de Gestión de la Calidad es empírico

debido al desconocimiento de normas, falta de seguimiento y control que asegure el cumplimiento de las mismas, disponibilidad de tiempo, necesidad de capacitación, falta de compromiso del personal a todo nivel, entre otros.

Ramón. (2011). Realizó el trabajo de investigación ***“Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina.”*** Universidad de Buenos Aires-Facultad de Medicina. Tesis de Doctorado. Siendo su objetivo revelar y precisar la representatividad de indicadores de calidad obtenidos por establecimientos asistenciales de la República Argentina, establecer las posibles relaciones entre ellos, e identificar los dominios o aspectos aún no valorados. Tiene como metodología el estudio conceptual cuantitativo. Llegando a las siguientes Conclusiones: -Al respecto de la Seguridad hospitalaria, observamos como incide la sobrecarga de trabajo y la atención ambulatoria, y como debe alertarnos el aumento en los valores de indicadores tales como el porcentaje de consultas de guardia y la tasa de accidentes laborales. -En relación a los dominios Gestión Operativa y Resultado clínico, analizamos como la eficiencia hospitalaria puede estimarse a partir del promedio de días de estada (PDE); lo conveniente de vigilar el porcentaje de reingresos cuando se gestiona una disminución en el PDE, dado el posible efecto negativo en el primero, y reafirmamos el porcentaje de reingresos como una expresión de los resultados clínicos globales. -Al respecto de la Gestión Asistencial, los indicadores % de cesárea, % de Historias Clínicas sin epicrisis es a las 72 hrs. del alta, y ecografías por 1000 consultas, se perfilaron como apropiados para el Dominio.

Mejía, y Amaya. (2011). Realizaron el trabajo de investigación ***“Evaluación de Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el Período Abril a Junio 2011”***. Tesis para optar al grado de: Maestro en Gestión Hospitalaria. Universidad del Salvador-Facultad

de Medicina. Siendo su objetivo evaluar la calidad de atención brindada en el servicio, durante el periodo Abril - Junio 2011. Siendo su Tipo de estudio Descriptivo de carácter evaluativo, y los procedimientos utilizados fueron: Observación, Entrevista, Análisis de contenido. Los instrumentos utilizados son la Encuesta con preguntas cerradas a los usuarios externos y al personal del servicio de Emergencia. Llegando a las Siguietes Conclusiones: -No cuenta con la capacidad instalada para la categoría de segundo nivel de atención, pero sus servicios son accesibles a la población urbana y rural por su ubicación geográfica y estratégica. -En la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo. -La dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto afectada por las malas relaciones interpersonales de los trabajadores lo que se dificulta el trabajo en equipo y se refleja en la percepción de mala calidad que manifiestan los usuarios. -Los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de la Unidad de Emergencia, afectando la calidad de atención. - Los servicios brindados son rápidos, resuelven los problemas de salud según lo expresado por los usuarios. -La demora de tiempo de espera, es mayor para recibir la atención del médico y el complemento de los tratamientos, lo que genera abandono y atraso en el proceso asistencial.

Masuet. (2010). Realizó el trabajo de investigación “*La calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba*” Argentina. Tesis de Maestría en Salud Pública. Siendo su objetivo evaluar la calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la ciudad de Córdoba, mediante la utilización de un estudio de caso, desde la perspectiva de la satisfacción de los familiares de los pacientes. Llegando a las siguientes Conclusiones: -La media de las calificaciones de las distintas variables directamente relacionadas con la

actividad de los médicos es muy similar a la media de las calificaciones del ítem general “Servicio y atención del médico”. En el análisis de las medias de las variables no directamente relacionadas con la actividad médica y el ítem general “Servicio que presta el hospital”, se observa una diferencia sustancial, es decir el apropiado desempeño médico influye muy positivamente en el concepto general de los servicios brindados por la institución. -La satisfacción del paciente no es necesariamente un indicador de la calidad técnica del cuidado médico. -El público en general posee poca información y una comprensión incompleta de la ciencia y la tecnología de la atención, de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser deficientes. - Es importante la calidad del servicio del médico para los acompañantes del paciente y su influencia en la satisfacción, existiendo en general una alta valoración de todas las variables relacionadas con este aspecto. -La relación médico-paciente es la dimensión que más influencia tiene en el logro de la satisfacción.

1.1.2 Fundamentación científica

1.1.2.1 Desarrollo Histórico de la Calidad

La preocupación por atender a los pacientes con calidad es tan antigua como la práctica clínica, tal como puede observarse en los siguientes hitos históricos descritos:

- Código de Hammurabi en el año 2000 A.C. Promulgaba en Babilonia el código que regulaba la atención médica y en el que incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados.
- Papiro de Egipto 2000 A.C. Se encontró algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica.

- En China se encuentran documentos que datan de 1000 A.C. En el que se presenta el estado del arte de la medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales.
- Tratado de Hipócrates de Casi 500 A.C. Recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos que aún hoy siguen vigentes.
- Tratado Galeno 200 D.C. Es un trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época.

Los primeros trabajos de evaluación sistemática de la atención sanitaria son realizados por epidemiólogos donde destaca el tratado de Sir W. Petty uno de los padres de la epidemiología moderna; donde compara los hospitales de Londres y París y llega a la afirmación de que los hospitales de Londres son mejores, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16. Cómo podemos apreciar, desde el principio de la medicina encontramos ejemplos de evaluación y mejora de la práctica profesional, la precursora de la moderna ciencia de la calidad fue Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea en 1854, a su llegada al hospital, la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados era del 40%. Después de seis meses de aplicar acciones de mejora en los cuidados básicos y en la higiene de los hospitales, dieta adecuada, ambiente limpio, material sanitario redujo la tasa de mortalidad al 2%. Nightingale utilizó las estadísticas de mortalidad para cada tipo de patología y demostrar que las mejoras en la higiene, cuidados, y condiciones sanitarias mejoraban los resultados y justificaban la moderna atención de enfermería que propugnaba. Estableció los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación Notes on Nursing en 1860, referidos a las condiciones estructurales de la atención. En las primeras décadas del siglo XX encontramos en Europa y en EEUU una intensa

preocupación por la mejora de la enseñanza de la medicina. En este campo destaca el Informe Flexner en 1910, en el cual se ponía de manifiesto la falta de estandarización de los estudios de medicina y la deficiente formación de algunos profesionales. Fue encargado de desarrollar el programa de estandarización de los hospitales en 1918, que se basó principalmente en aspectos estructurales, base del futuro desarrollo de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.

Esta primera etapa se caracteriza por la preocupación ética inicial de los profesionales de forma individual por la calidad de su trabajo, el interés por los resultados obtenidos en el paciente después de la atención y la dificultad de medir los resultados a nivel global en los centros, evaluándose la estructura. En la década de los años 30 se publicó el informe de Lee y Jones, sobre el costo de la atención médica que incluía una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención dada por todos los profesionales además de los centros, todos estos criterios han sido punto de referencia del desarrollo de los esfuerzos de calidad durante muchos años:

- La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.
- La buena atención médica enfatiza la prevención.
- La buena atención médica requiere cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.
- La buena atención médica trata al individuo como un todo.
- La buena atención médica mantiene una estrecha relación y continuada entre el médico y el paciente.
- La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos.
- La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas.

De 1940 a 1960: creación de la JCAHO y las bases para el desarrollo de los métodos de proceso: La aportación más importante la hizo Paul Lemboke cirujano de la Jhon Hopkins University Medical School, que desarrolló un nuevo método para evaluar la calidad: el audit médico. Lemboke estaba muy preocupado por la variabilidad de resultados que observaba en su práctica diaria, estableció lo que fue el desarrollo de los criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales y una sistemática recogida de información.

Década de los 70: la internalización de los programas de calidad y la clasificación de los métodos: Una característica importante es la asociación de los programas de calidad con la financiación de los centros. En 1965 y 1966 se crean en los EEUU los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (Medicare y Medicaid), se establece que solo los hospitales que se acrediten por la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO) serán reconocidos para la atención de esos pacientes. De este modo la acreditación que hasta ahora era un elemento de prestigio, pasa a ser un elemento crucial para su financiación y supervivencia económica.

La acreditación en 1964 establece como requisito la realización en cada centro de un determinado número de audits, lo que representa un avance en la evaluación en la que la atención de los evaluadores no se detiene exclusivamente en los datos de estructura necesaria para prestar la atención sino que evalúan aspectos de cómo se desarrollan las actividades sanitarias. La generalización de los audit sentó las bases para el desarrollo de las comisiones clínicas en los centros. La internalización de los programas de calidad se benefició también de los trabajos de Marie Phaneuf que desarrollo un conocido método de audit de enfermería en 1964.

En el campo del desarrollo metodológico destaca especialmente el trabajo de Avedis Donabedian, en el cual propone una clasificación de los métodos de Calidad en estructura, proceso y resultados y establecía las bases para el futuro desarrollo metodológico y de investigación de los años siguientes. En este período el énfasis de los estudios de calidad era la mejora de los procesos de atención y la autoevaluación de los profesionales.

Década de los Años 70: Fue muy fecundo en el desarrollo de la calidad, se inicio del desarrollo de los métodos de resultados, trabajos de J. Williamson introdujo una metodología con la formulación del concepto ABNA (achievable benefit not achieved, beneficio posible no alcanzado), que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada tanto mediante la revisión de las historias clínicas como mediante la revisión del estado de salud de los pacientes y el envío de cuestionarios en el que daban información real sobre su estado actual de salud. Los años 70 y principios de los 80 fueron periodos de reflexiones teóricas sobre la definición y dimensiones de la calidad. De esta época son las aportaciones clásicas de A. Donabedian y de RH. Palmer sobre la definición y naturaleza de los estudios de la calidad. La aportación de RH. Palmer sobre las dimensiones de la calidad influyó de forma decisiva en la conceptualización. El interés por los resultados de la atención hizo que se incluyeran, en el estudio de la calidad de la atención, la opinión de los pacientes sobre el servicio recibido. En este sentido son importantes los trabajos realizados por B. Hulka sobre satisfacción de los pacientes en el ámbito de la atención primaria.

Década de los Años 80: El principio de esta década se caracteriza por una preocupación en la contención de costes, se crean sistemas de pagos prospectivos por GRD (grupos relacionados por el diagnóstico), en el ámbito

de la calidad, este sistema representó el desarrollo de los métodos concurrentes de medición frente a los retrospectivos. En cuanto al desarrollo organizativo de los programas de Calidad existían a mediados de los ochenta en los hospitales diferentes instancias que se ocupaban de los proyectos de mejora. Durante esta década la JCAHO establece como requisito para la acreditación la existencia en los centros de planes de calidad integrados a nivel global, y estableció la implantación de los sistemas de monitorización, como mecanismo para realizar la valoración global de un servicio. Pero la influencia más importante para el desarrollo de futuros programas de calidad se derivó de la adaptación de los conceptos y estrategias de la calidad industrial al sector sanitario, que se inicia a finales de los 80. Dentro de este apartado son importantes las aportaciones de autores como Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, y de expertos japoneses como Taguchi, Ishikawa. En resumen aportan la idea de la Mejora continua de la calidad, la utilización de los métodos estadístico para lograrlo, la importancia de conocer las necesidades de los usuarios, la necesidad de un cambio de cultura en la organización en la que los directivos deben de liderar la gestión de la calidad y en la que deben de participar todos los integrantes de dicha organización, así como la educación en estos temas, etc.

Década de los Años 90: Se inicia el traslado de algunas experiencias industriales al sector sanitario, se demostró con claridad que las técnicas de mejora de la calidad utilizadas en la industria podían ser aplicadas con éxito en la atención sanitaria. De las experiencias que se realizan se desprende que la mejora continua de la calidad es un esfuerzo integrado que se dirige fundamentalmente a los clientes y no como hasta ahora que había sido a las actividades de los profesionales. El propósito y el éxito de una organización se basan en sus clientes internos y externos. La mejora continua de la calidad es la integración de:

- Una filosofía de mejora continua orientada a los clientes. Un principio básico es que los empleados quieren dar lo mejor de sí mismos, y que mejor conocen su trabajo y que deben estar implicados en la planificación de mejoras.
- Habilidades analíticas. Tomar decisiones basándose en la utilización de los datos y herramientas analíticas.
- Habilidades interpersonales. Se generan mejores ideas y se hacen los cambios más rápidamente si las personas que están más cercas de los procesos están implicadas en el análisis y la toma de decisiones. En las organizaciones se debe de estimular el estilo de gestión participativo, la formación continuada para los profesionales, la dinámica de grupos, comunicación entre clientes, etc.
- Estructura y organización. Para asegurar el éxito de mejora de la calidad se debe establecer una estructura y una organización que de soporte a las actividades que surjan del equipo de mejora. En esta década sigue existiendo una preocupación creciente por la variabilidad de la atención, lo cual se traduce en un esfuerzo de sistematización de la evidencia científica mediante el desarrollo de “guías de prácticas clínicas”, en donde se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología.

Sin embargo, el desarrollo más importante en los últimos años, es el cambio del papel de los pacientes en el sistema sanitario. Así podemos observar como la demanda de la sociedad hacia los temas de calidad en los países desarrollados se ha generalizado a todos los ámbitos del servicio y por tanto a los servicios sanitarios. El aumento de la demanda social hacia los temas de calidad está cambiando también la forma en que se dispensa la atención sanitaria.

1.1.2.2. Definiciones de Calidad en el campo sanitario

Hay múltiples definiciones de lo se entiende por calidad de los servicios de salud. Todas responden a diversas interpretaciones sobre qué significa atender las necesidades de atención sanitaria de la población a la que se ofrecen los servicios cuya calidad queremos definir.

El Instituto de Medicina de EEUU (1972), la define como “asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello” Donabedian dice que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. También la define como “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- Calidad absoluta: Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- Calidad individualizada: Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

- Calidad social: Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

Según la OMS, “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. A principios de los noventa el Instituto de Medicina de EEUU (IOM) lanzó una segunda definición de calidad: “el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”. Revisando la variedad de definiciones existentes, se hace evidente una primera conclusión: no es posible elegir una y darla por universalmente válida, porque este tipo de definiciones no existe. Hay que tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias del entorno donde va a ser aplicada.

El modelo de sistema sanitario en España es el Sistema Nacional de Salud, en este contexto la definición más adaptada y utilizada es la de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario". Pensamos que, con la revisión efectuada sobre las distintas conceptualizaciones de la calidad, el lector posee una visión amplia del término y podrá contribuir, sin duda, al desarrollo del concepto en la institución sanitaria donde preste sus servicios.

1.1.2.3. Naturaleza de la calidad

Avedis Donabedian (1995), en su discurso sobre la naturaleza de la calidad refiere que una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quién, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura. En el modelo industrial existe, por consiguiente, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. En la propuesta bien elaborada el consumidor se convierte, de hecho, en parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría. Por supuesto que el conocimiento científico y técnico puede generar servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio.

El modelo de atención a la salud se encuentra semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud. Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidad hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez, riquezas y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud.

Con respecto a los individuos, continúa Donabedian, no sólo somos proveedores de satisfacción quizá porque los pacientes no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala. Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que sea más adecuada. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, este tema acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de los miembros del equipo de salud y pacientes, el "cliente" es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo propuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención sanitaria. Con respecto a las responsabilidades hacia la sociedad, los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios y la industria. Por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social. Sus responsabilidades sociales toman diversas formas existiendo la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud.

Gilmore. (1998), refiere que Donabedian tiene un enfoque compuesto de tres partes para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado:

- Estructura: La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los recursos materiales (tales como instalaciones, equipos médicos y dinero), recursos humanos (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la

estructura institucional (como la organización del personal médico, método para la evaluación de los colegas y los métodos de reembolsos).

- Proceso: El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.
- Resultado: El resultado comprende los efectos de la atención en el estado de salud de los pacientes y poblaciones.

Con respecto a la definición de la calidad Gilmore (1998), refiere que la calidad consiste en satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Existe siempre un estándar básico y referencial, y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no. Este mismo autor refiere que la calidad es un concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de Salud la define como:

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

Asimismo, cuando se utiliza la palabra calidad, en realidad el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como eficiencia, cuidados y eficacia. Los programas de calidad, pretenden además

mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución.

Considerando que la información sobre el desempeño institucional se puede utilizar para juzgar la calidad, algunas definiciones de las dimensiones del desempeño son:

Hacer lo correcto

- La eficacia del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente: El grado en que la atención/intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado/programado.
- La adecuación de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente: El grado en que la atención/intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimiento.

Hacer lo correcto correctamente

- La disponibilidad de una prueba, procedimiento tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita: El grado al que la atención/intervención adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.
- La puntualidad con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al paciente: El grado al que se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.
- La efectividad con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados: El grado al que la atención para el paciente es coordinada entre el personal, instituciones y con el tiempo.
- La seguridad del paciente u otros a quienes se proporcionan los servicios: El grado al que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.

- La eficiencia con que se proporcionan los servicios: La relación entre los resultados de la atención y los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.
- El respeto y cuidado con que se prestan los servicios: El grado al que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

El mejoramiento de la calidad avanza a medida que la ciencia y la cuantificación tengan un papel más predominante, se busca cada vez más pruebas tangibles para asegurarse que la calidad existe o puede mejorarse y una de las maneras de obtener la información que nos permita tomar decisiones sobre la calidad se conoce como el indicador de calidad. Gilmore (1998). Al respecto existen tres tipos de pruebas para evaluar la calidad, que en conjunto de información son más útiles para evaluar la calidad cuando son vinculados por causalidad:

- Primero, la estructura, o las condiciones físicas e institucionales adecuadas en las que se puede mejorar la calidad.
- Segundo, el proceso, o las acciones que constituyen la prestación de buena atención médica.
- Tercero, el resultado, o qué es lo que se logra con el paciente.

La estructura lleva al proceso, que a su vez lleva a los resultados deseados, cadena de eventos que debe ser claramente identificado para un programa de mejoramiento de la calidad. Por lo general, la evaluación de la calidad ha dependido mucho y casi exclusivamente de las medidas de estructura y proceso de atención. Los organismos gubernamentales y de acreditación y los grupos profesionales han encontrado más fácil establecer estándares para la atención pertinentes a la estructura y el proceso y por lo general han hecho

caso omiso de los indicadores de resultados en su monitoreo de la calidad de las instituciones sanitarias. El equilibrio, sin embargo, ha cambiado y el eje central de la investigación para el mejoramiento de la calidad ahora son los indicadores de resultados de la atención de salud.

En el Perú, el Ministerio de Salud a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y su órgano de línea la Dirección de Calidad en Salud, ha visto por conveniente actualizar y ampliar el alcance del documento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esperando que las organizaciones comprendidas en el alcance del Sistema, definan y establezcan acciones a favor de la calidad, de modo que les permita mejorar sus procesos, sus resultados, su clima organizacional y la satisfacción del usuario.

El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (2011), su gestión, despliegue e implementación, requieren de un marco teórico general que permita el conocimiento y el uso estandarizado de conceptos de calidad en salud frecuentemente utilizados en el sector. En este sistema de gestión son muchas las acepciones, desde las genéricas hasta las específicamente referidas a los servicios de salud. En este último caso, una de las más aceptadas es la Donabedian, dice:

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

Cabe señalar, sin embargo, que la referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen

en la atención de los usuarios de los servicios de salud; asimismo, no se refiere únicamente al paciente sino también a sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud. Sin embargo, existen otras consideraciones importantes a tenerse en cuenta, respecto a la definición de calidad en los servicios de salud:

- La calidad en salud tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud.
- La calidad no es sinónimo de lujo o complejidad, sino por el contrario, la calidad en los servicios de salud debe ser la misma en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.
- La calidad constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada que desafía de manera continua nuestra creatividad y emprendimiento, no es pues un estado al cual se accede.
- El juez de la calidad es el usuario (sus necesidades y expectativas), es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país. Por ello, más que un esfuerzo de homogenización, es básico un enfoque de diálogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.
- La calidad es dependiente de múltiples factores objetivos y subjetivos, sin embargo, es mensurable a través de métodos cualitativos y cuantitativos.
- La calidad en los servicios de salud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución, depende de todos.

1.1.2.4 Calidad

En la actualidad existen diversas definiciones de la calidad. La palabra "calidad" proviene del latín "Qualitatem" que significa atributo o propiedad

que distingue a las personas, bienes y servicios. Calderón (1999). La calidad es la base del éxito de toda institución; no se trata de hacer bien las cosas sino de que el cliente opine igual y esté satisfecho. En si la calidad es la capacidad de un servicio para influir en la satisfacción de los usuarios; el término calidad se ha convertido en una de las palabras claves de nuestra sociedad alcanzando tal grado de relevancia que iguala e incluso supera el factor precio. Clery (2003). La calidad orientada al cliente es cuando el rendimiento del producto o servicio es igual o superior a las expectativas del usuario: (MINSA 1999), el cual exige precios justos, servicio (Jara 2002) en el menor tiempo posible, mejora continua, seguridad, confiabilidad y agilidad en el servicio. Siendo entonces un concepto muy dinámico que depende de muchos factores como los gustos y motivaciones del consumidor.

La organización mundial de la salud (OMS), considera a la calidad como un concepto clave de hoy en día para los servicios de salud y la define como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el usuario, un alto grado de satisfacción por parte del usuario, impacto final en la salud. Gilmore (1996), La calidad de servicio está basada en la percepción del cliente. Román (1997), La calidad consiste en servicios de salud deseables. OPS (1992).

1.1.2.5 Calidad de Atención en Salud

La calidad de atención se diferencia de la calidad de servicios a lo que se provee realmente en el ámbito de las prestaciones. La calidad de atención se basa en la opinión del usuario la cual es inherentemente más subjetiva. En cambio la calidad de servicios está determinada por la forma en que se formula, las instituciones conducen sus recursos y programas (personal, suministros, ubicación física en servicios) de forma que se mide de manera objetiva. Family (1993).

Por otro lado, la calidad de atención en salud es el grado en el que, los medios más deseables se utilizan para alcanzar mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, señala que la calidad puede ser engañosa ya que no siempre es posible garantizar un nivel dado de calidad solo se puede aspirar a salvaguardar y mejorar la calidad de atención. Donabedian (1990). A la vez, la calidad es el conjunto de características de un servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. Es también la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios en su salud. (OPS 992), “El servicio ha sido definido como un bien inmaterial, sin precio y con una demanda fluctuante y el puente entre el cliente y la organización”; (Fishman 2000), es un acto social que se lleva a cabo en contacto directo entre el cliente y los representantes de la institución prestadora de servicios, (Muller 1999), satisfaciendo una necesidad específica del cliente. (Ovans 1997), El servicio es inherente al carácter de cada ser humano y se desarrolla en cada uno de nosotros para luego trasladarse a nuestro ámbito de actuación. (Injoque 1995), Señala también que son actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida. Jiménez (2003).

1.1.2.6. Dimensiones de la Calidad de atención

Las dimensiones de la calidad están definidas desde la antigüedad y se han rescatado para la nueva gestión ya que son intemporales y porque sin importar su origen, credo o circunstancia, claramente pueden aplicarse a cualquier organización que brindan servicios de atención al cliente. Injoque (1995). El Ministerio de Salud adopta tres dimensiones de la calidad: técnica, humana y el entorno físico; establecidos en función a las expectativas y necesidades de los usuarios. MINSA (2002).

- **Dimensión Técnica:** Corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención en el que se aprecia efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, integralidad y ética. Esta dimensión es evaluada mediante las guías de observación al proveedor de servicios (médicos, odontólogos, etc.) por juicio de expertos en el correcto uso de manuales, protocolos y procedimientos, insumos y materiales.
- **Dimensión Humana:** Se caracteriza más por los contactos personales que del servicio mismo; (Legault 1999), es decir la práctica de las relaciones humanas entre el proveedor de salud y el cliente en la atención de salud. La importancia que tiene esta dimensión es que es un factor que modula notablemente la calidad técnica y al entorno de los centros de salud.

Los atributos de la calidad humana son:

- ✓ Cortesía: Significa demostración de respeto y educación, delicadeza; consideración, atención. (García 1997), el cliente debe ser tratado respetuosa y amigablemente. El trato cortés con los clientes es el secreto del éxito de un servicio de calidad, el tratar a las personas como nos gustaría que nos traten a nosotros; hacer de su estancia lo más agradable posible, debe ser una de nuestras metas en el servicio con calidad. Handabaka (2000).
- ✓ Sensibilidad: La sensibilidad es cualquier tipo de comportamiento mediante el cual el personal de salud intenta identificar un problema de ánimo y deliberadamente intenta disminuir o mitigar la angustia causada por el mismo, (Trabelvee 1997), con esto el profesional no solo se limita a la prestación de servicios sino también transmite información e influye en el estado anímico del usuario. Willichan (1996), Para lograr un servicio de calidad, debemos ofrecer algo más y ese algo está compuesto de tres cosas fundamentales:

inteligencia, sentido común (empatía) y creatividad; todo en un solo paquete llamado sentido de conveniencia, (Wong 1995), con el único objetivo de eliminar y solucionar los problemas del cliente. Handabaka (2000).

- ✓ **Credibilidad:** Los profesionales de la institución son confiables (creíble) y se interesan mucho por el cliente (usuario); pues la garantía (confianza) es el requisito mínimo para proporcionar un buen servicio, comenzando por el trato, sonrisa, palabras amables además de ser eficaz, eficiente con calidad y calidez. Jara (2002).
 - ✓ **Comunicación:** Consiste en enviar y recibir un mensaje por medio de símbolos, palabras, signos, gestos y otros medios no verbales. Ramírez (1999), la comunicación para que se lleve a cabo el mensaje debe ser enviada, recibida y comprendida tanto por el que lo envía como por el que lo recibe. (Wong 1995), es responsabilidad del profesional, no sólo el desarrollar continuamente sus habilidades para escuchar, sino también, ayudar al paciente a prestar atención y escuchar los mensajes que le son comunicados. Trabelvee (1997).
 - ✓ **Competencia:** Se refiere a la capacidad y el desempeño de las funciones de los proveedores de salud; comportamientos y aptitudes observables que permite responder eficaz y eficientemente a las exigencias planteadas por un trabajo y/o problema. (Ramírez, y Trincado 1999), Si estas capacidades (seguridad al realizar una actividad) no son reconocidas por el usuario, el servicio pierde toda su credibilidad. Legault (1999).
 - ✓ **Seguridad:** Libre y Exento de daño o riesgo durante algún tipo de procedimiento a realizar. García (1997).
- **Dimensión del Entorno Físico:** Se refiere a la organización de la institución y a las características de los servicios de salud que no están

directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y sus deseos de volver al establecimiento para recibir una atención al futuro. Son importantes para atraer a los clientes y mantener su fidelidad, asegurando la continuidad y coberturas de los servicios. Tiene los siguientes atributos:

- ✓ **Accesibilidad:** Implica la eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención en salud; comprende barreras de índole geográfico, económico, social, organizacional, cultural o lingüístico. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, distancias, tiempo y cualquier otra barrera física que impida al cliente a recibir la atención. MINSA (2002).
- ✓ **Tangibilidad:** “calidad de sensible, real, que puede ser tocado”. Los tangibles de un servicio son la apariencia de las instalaciones físicas (servicios higiénicos, unidades, iluminación, etc.), equipo, personal y materiales de comunicación proyectan el interés por el cliente y la calidad del servicio brindado. (García 1997) y (Jara 2002).

1.1.2.7. Teoría de sistemas y los procesos de atención

Según Bertalanffy y Cháves (1993), la han definido como un conjunto de elementos interrelacionados orientados a metas comunes, y pueden clasificarse en abiertos o cerrados. Estos últimos, son los que no guardan relación con el medio. Los primeros (biológicos o sociales) intercambian información y recursos con el medio, lo modifican, y son modificados por él. Los elementos de los sistemas abiertos es su interrelación permanente, de tal modo que un cambio en el estado de cualquier elemento induce otros cambios en el estado de los demás elementos. Por este motivo, una prueba esencial de la relación de los sistemas es la existencia de patrones, flujos de información y cierto grado de estabilidad. Las porciones funcionales mayores de un sistema son sus componentes: los elementos de entrada, salida, y el procesador. Los

elementos de entrada en el sistema consisten en aquellos que son transformados por él. Los elementos de salida son los que genera el sistema y comprenden también las finalidades para la cual funciona este último. El procesador es un mecanismo necesario para transformar los elementos de insumo o entrada, en otros de salida o productos. Sus elementos comprenden una “estructura de comunicación y de distribución de procesos y métodos, personal que utiliza ambos, e instalaciones apropiadas, equipos y otros materiales” Paganini (1995). Con arreglo a estas bases teóricas, refiere Paganini, cualquier estudio de sistemas necesita identificar no solamente el procesador del sistema, sus elementos e interrelaciones, sino también su relación con el entorno, es decir, sus elementos de entrada y salida. Los hospitales pueden clasificarse en sistemas abiertos. Son un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientados a metas comunes: mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad así como de otras actividades afines a la salud, como serían la enseñanza e investigación. El elemento más importante de entrada y de salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención. El enfoque de analizar la estructura, los procesos y los resultados como método para evaluar la calidad de atención, guarda una estrecha relación con la teoría de sistemas. La estructura del sistema de atención o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada del sistema) y producen los procesos de atención (interrelaciones entre los elementos de los sistemas y la población), lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir, los resultados o elementos de salida del sistema Paganini (1995). Según Donabedian (1995), la estructura se refiere a las “características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan e incluye los recursos humanos, físicos y

financieros que se necesitan para suministrar atención médica; comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones”. El mismo autor destaca la amplitud del concepto de estructura cuando afirma que: “el concepto va más allá de los factores de producción, para incluir los mecanismos por los que se organiza el financiamiento y suministro de servicios de salud, en sentido formal e informal, la presencia de seguros médicos, la forma en que los médicos realizan su trabajo, la práctica individual o en grupos, y los mecanismos por los que reciben su pago”. Según Starfield (1993), los elementos de la estructura incluyen: personal (número, tipo, preparación y motivación); instalaciones físicas (número, tipo, acreditación y estándares); equipos médicos; organización (coordinación, continuidad, accesibilidad y adecuación); sistemas y registro de información; financiamiento; (gerencia y administración). Según Donabedian (1995), la estructura constituye “un indicador indirecto de la calidad de atención con algunas limitaciones, debido a nuestros conocimientos insuficientes sobre las relaciones entre estructura y resultado”. A pesar de todo, el mismo autor propone que “la relación entre estructura y la calidad de atención es de máxima importancia para planear, diseñar y llevar a la práctica sistemas cuya meta es brindar servicios personales de salud” y que la “buena estructura, es decir, suficiencia de recursos y un diseño de sistemas apropiado, quizá constituya el medio más importante para proteger y estimular la calidad de la atención”.

1.1.2.8. Modelos para medir la Calidad del Servicio

- **Modelo de Grönroos (1984).** Los servicios “son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de

“momentos de verdad” entre el cliente y el proveedor del servicio. Lo que sucede en estas interacciones comprador-vendedor tiene un efecto fundamental en el servicio percibido”. De acuerdo a su tradición europea, sostiene que es importante diferenciar entre la calidad técnica (que se da), la calidad funcional (cómo se da) y la imagen corporativa para evaluar la calidad de los servicios:

- ✓ La calidad técnica o resultado del proceso de prestación del servicio: Está determinado por lo que el cliente recibe, qué se ofrece en el servicio, es decir, por las características propias del servicio recibido (horario de atención, rapidez en la atención, tiempo de atención por el especialista, etc.).
- ✓ La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso: Se refiere a cómo se presta el servicio, es decir cómo es la interacción del cliente con el personal que le presta el servicio, ya que al cliente también le afecta la forma en que recibe el servicio (apariencia física y emocional del personal, etc.).
- ✓ La calidad organizativa o imagen corporativa: determinada por lo que perciben los clientes, como resultado de la calidad técnica y funcional. Para Grönross (1994), la calidad está relacionada con lo que percibe el cliente del servicio basado en sus anteriores experiencias, imagen que puede influir de una manera favorable o desfavorable. Si el proveedor tiene una buena imagen para el cliente, es probable que este deje pasar errores menores, y si por el contrario, su imagen es negativa los errores menores serán maximizados. Grönross (1984:36), concluye que la calidad del servicio es el resultado de la evaluación, denominada calidad de servicio percibida, donde el cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido. El servicio esperado, está formado por diferentes factores que influyen directamente en las

expectativas; por lo tanto es conveniente desarrollar un sistema de comunicación adecuado entre la empresa y los clientes. Es el personal que está directamente en contacto con los clientes quienes se convierten en el primer canal de comunicación del servicio que se presta (forma, costo, tiempo, etc.), de los inconvenientes que se pueden producir con o por esa prestación y cómo estos pueden ser resueltos.

- **Parasuraman, Zeithaml y Berry. (1985).** Tomando como referencia el modelo de Grönroos (1978, 1984), Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985: 45-50) quienes realizaron sus investigaciones, y bajo la tradición norteamericana formularon su modelo conceptual denominado “el Modelo de los Cinco Gaps” o “Modelo de las Discrepancias”. Presenta cinco gaps o desajustes identificados que serían el origen de las fallas de las políticas de calidad, que en palabras de los autores dice “Una serie de discrepancias o deficiencias existen respecto a las percepciones de la calidad del servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores, estas deficiencias son los factores que afectan a la posibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985:44). El déficit de calidad en el cual consideran que existe una calidad esperada (expectativas) y una calidad percibida (percepciones) se pueden identificar en 4 factores que implican ausencia de calidad, y donde la organización debe centrar su atención. Estos son:
 - ✓ Gap 1: Es la discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos. Se presenta cuando los directivos desconocen las expectativas de los usuarios, es decir, desconocen lo que éstos buscan; se evidencia una comunicación vertical en la empresa, excesivos niveles jerárquicos de mando.

- ✓ Gap 2: Es la discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad. Esto se refleja cuando la organización no puede responder a las expectativas de los usuarios debido a errores en el establecimiento de las normas o estándares para el cumplimiento de las tareas, falta de compromiso con la calidad del servicio, sensación de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, y ausencia de objetivos claros.
- ✓ Gap 3: Es la discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del mismo. Reflejado en la mala prestación de los servicios, aun cuándo se conocen las expectativas de los usuarios y se cuenta con las normas de calidad apropiadas. Esta situación es posible de presentarse cuando el servicio demanda una labor humana intensa que la vuelve susceptible a los errores voluntarios o involuntarios, entre ellos: ambigüedad de funciones, conflictos funcionales, desajuste entre los empleados y sus funciones, desajuste entre las tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo.
- ✓ Gap 4: Es la discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Se presenta cuando no se cumple lo que se promete realizar lo que influye negativamente en la percepción que el cliente tenía sobre el servicio recibido, ello como consecuencia de la deficiencia en la comunicación horizontal en las diferentes áreas de la empresa, por prometer demasiado a los clientes.
- ✓ Gap 5: Es la discrepancia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio. Este último se produce como consecuencia de los

anteriores, que para los autores es el único patrón de medida de la calidad del servicio. La expresión del modelo es la siguiente: $Gap\ 5 = f(Gap\ 1, Gap\ 2, Gap\ 3, Gap\ 4)$. Los autores como una extensión a su primer trabajo empírico, presentaron un modelo ampliado de la calidad, donde la calidad del servicio percibida por el cliente depende del tamaño y dirección del Gap 5, que a su vez depende de la naturaleza de los cuatro primeros Gaps asociados con la entrega de calidad en el servicio en el lado del proveedor del servicio. A su vez, cada una de las deficiencias organizacionales (4 primeros Gaps) tiene su causa en una serie de factores relacionados con esa deficiencia.

- ✓ Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985,1988), identificaron diez dimensiones de la calidad del servicio, que determinaron a los cuatro primeros Gaps, los cuales tienen un determinado nivel de importancia en función del tipo de cliente y servicio. Las dimensiones identificadas fueron: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente. Estas dimensiones no necesariamente son independientes unas de otras (Zeithaml, Parasuraman y Berry 1993, 26).
- **El Modelo SERVQUAL.** Tras una investigación Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988, 1991: 420-450), bajo el concepto de calidad percibida, desarrollaron un instrumento de medida llamado SERVQUAL (palabra conjunta que se derivan de la palabra Service Quality) que permite evaluar por separado las expectativas y las percepciones del cliente a partir de cinco categorías. Elementos tangibles, Fiabilidad, Capacidad de respuesta, Seguridad, y Empatía. (producto de la correlación las diez dimensiones que identificaron para medir la calidad del servicio):

- ✓ Elementos tangibles: referida a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- ✓ Fiabilidad: habilidad relacionada con la prestación del servicio prometido de modo fiable y cuidadoso.
- ✓ Capacidad de respuesta: referida a la disposición del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido.
- ✓ Seguridad: conocimiento y atención y habilidades mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza. Y
- ✓ Empatía: esfuerzo por entender la perspectiva del usuario mediante la atención individualizada.

El SERVQUAL es en la actualidad el instrumento más completo para evaluar la satisfacción del cliente. Sus creadores lo diseñaron en un principio para un gran estudio de calidad del servicio realizado en los 90's en los Estados Unidos, desconociendo que más tarde se convertiría en un instrumento muy conocido y utilizado en todo el mundo. Los autores concluyen que los factores determinantes de la calidad del servicio encontrado, implican principalmente la comunicación y los procesos de control, que deben ser analizados a través de datos cuantitativos de estudios exploratorios. A pesar que diferentes autores señalan que el modelo tiene deficiencias o no es exacto porque se basa en expectativas y percepciones más no en actitudes, la escala SERVQUAL ha sido validada empíricamente por una amplia variedad de servicios (Buttle, 1996: 8-32).

1.1.2.9. La satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las

expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.

Para el Ministerio de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.

Al respecto Diprette, et al (1998), refieren que en los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está, entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente, de tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios de salud, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos. Asimismo, Del banco y Daley (1997), refieren que la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importante de prestar servicios de buena calidad, dado que

influye de manera determinante en su comportamiento. Para estos autores la satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

Según Cantú (1998), la calidad de servicio o satisfacción del usuario es más difícil de medir, no se puede almacenar, es complicada de inspeccionar, no se puede anticipar un resultado, no tiene vida, solo duración muy corta , se ofrecen bajo demanda, depende mucho de las personas de menores sueldos; todo esto hace que la calidad de un servicio sea juzgada por el cliente en el instante en que lo está recibiendo, lo que Calzan (1998) (citado por Cantú H.) popularizó como “los momentos de la verdad”. Los momentos de la verdad ocurren durante la interacción personal entre el que proporciona el servicio y quien lo recibe. Cantú 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. Thompson y Col (1998), refieren que 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.

Según la Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos del Ministerio de Salud (2011), 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. 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 es un aspecto importante en la prestación de servicios de buena calidad.

Los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aún en los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajo como el 5% deben tomarse en cuenta seriamente. Asimismo, cuando se asume la responsabilidad de analizar información planteada como queja, hay que ser conscientes de las acepciones aceptadas para este término:

- Expresión del dolor.
- Manifestación de disconformidad, disgusto o descontento.
- Motivo de queja.
- Recurso a interponer por la parte interesada en contra de algo.
- Querrela.

Por tal motivo las quejas se deben analizar con detenimiento pues ayudan a detectar insuficiencias, fallas de calidad o errores de organización. Se considera además que los reclamos son la punta del iceberg del conjunto de quejas de los usuarios, ya que el ciudadano teme que las críticas a los profesionales o a las instituciones, particularmente en situación de hospitalización, puedan dar lugar a represalias. Las quejas no solo se deben contestar con prontitud y veracidad, sino también entrevistarse con la persona que reivindica para conocer de primera mano la razón de la protesta y contribuir así a su posible remedio.

1.2 Justificación de la investigación

La Calidad de atención del usuario externo, constituye un elemento muy importante para la evaluación del servicio de salud que se da en el Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”, porque en primer lugar es un resultado de valor incuestionable, ya que se encuentra relacionada con el bienestar de la calidad de atención que se intenta promover; en segundo lugar porque contribuye a dar una óptima calidad de atención ya que el paciente va a participar de manera más efectiva en este proceso; y, en tercer lugar porque la

satisfacción y la insatisfacción constituyen la percepción que tienen las personas sobre la calidad de la atención recibida. Por ende la satisfacción de los usuarios es uno de los resultados más importantes de la prestación de servicios de una buena calidad de atención con eficacia, y efectividad, que influye en la utilización y continuidad de los servicios. Así mismo La importancia de esta investigación radica en que con los resultados obtenidos se busca contribuir en la mejora de la calidad de atención del usuario externo del Departamento de Laboratorio clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”, aportando para ello con información veraz, concreta y concisa sobre las Dimensiones que intervienen en la calidad de atención percibida por el usuario externo, que en este estudio está conformada por los usuarios titulares PNP o familiares que vienen las 24 horas del día a este servicio a ser atendidos, por las diferentes enfermedades que les aqueja. Por ende conocer la satisfacción del usuario externo que acude a este Departamento de laboratorio clínico es muy importante ya que permitirá que los jefes tomen medidas en cuanto a la calidad de atención para aplicar un plan de mejora continua el cual lleve a la satisfacción en la atención recibida.

1.3 Problema de investigación

Desde hace muchos años, la calidad de atención se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de las instituciones, que tratan de optimizar sus resultados para acercarse a las necesidades de los usuarios, así como del personal que realiza su labor en estos centros hospitalarios. En esta línea, el Ministerio de Salud del Perú, incorpora la evaluación de la percepción y expectativa de los usuarios para analizar su opinión acerca de la calidad de atención, mediante el marco global de la evaluación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo RM N° 527-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011, utilizando para ello las dimensiones del modelo SERVQUAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS. 1984), dice que la calidad es “Un fenómeno multidimensional y dinámico”. Sin embargo Donabedian (1995), define

la calidad de atención en salud como “El grado de utilización de los medios más adecuados, con el propósito de conseguir los mayores progresos en salud”. Esta definición está relacionada con los objetivos de la asistencia sanitaria que es: Mantener, Restaurar y Promover la Salud dentro de las posibilidades que permiten las ciencias de la salud y la tecnología. En este sentido la satisfacción, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluarla y su medición se expresa en niveles de satisfacción.

El Departamento de Laboratorio del Hospital “Augusto B. Leguía”, es un servicio de apoyo al diagnóstico, atendiendo las 24 horas de Lunes a Domingo, en un aproximado de 2,500 usuarios al mes, pero a pesar de tener y contar con una infraestructura casi moderna existen quejas, siendo una de las principales la demora en la atención, en los resultados y falta de materiales, instrumentos y reactivos para efectuar estos exámenes, por esta situación constante, cuando el usuario es atendido se observa quejas tanto de ellos como de sus familiares, por diferentes motivos, como anteriormente lo expresamos: demora o falta de atención, mal trato del personal, retraso en el examen, pérdida de resultados y muchas veces refieren que el personal tiene desinterés y apatía para trabajar, por estos motivos surge la inquietud de realizar la investigación.

1.3.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de calidad de atención del usuario externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016?

1.4 Definición conceptual y operacional

Calidad de atención: Es el grado en el que, los medios más deseables se utilizan para alcanzar mayores mejoras posibles en la salud. Donabedian (1990).

Operacionalización de gestión de enfermería	
Dimensiones	Indicadores

FIABILIDAD	Pregunta N° 01
	Pregunta N° 02
	Pregunta N° 03
	Pregunta N° 04
	Pregunta N° 05
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Pregunta N° 06
	Pregunta N° 07
	Pregunta N° 08
	Pregunta N° 09
	Pregunta N° 10
SEGURIDAD	Pregunta N° 11
	Pregunta N° 12
	Pregunta N° 13
	Pregunta N° 14
	Pregunta N° 15
EMPATÍA	Pregunta N° 16
	Pregunta N° 17
	Pregunta N° 18
	Pregunta N° 19

ASPECTOS TANGIBLES	Pregunta N° 20
	Pregunta N° 21
	Pregunta N° 22
	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
	1= TD.
	2= D.
	3= N.
4= A.	
5= TA.	

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

El Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016, es Insatisfactorio.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de atención del usuario externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016.

1.6.2 Objetivos específicos

1. Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Fiabilidad del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.
2. Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Capacidad de Respuesta del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.
3. Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Seguridad del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.
4. Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Empatía del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.
5. Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Aspectos Tangibles del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.

II METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño

- **Descriptiva:** Porque se describió el nivel de calidad de atención del usuario externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016
- **De Corte Transversal:** Porque el procesamiento de los datos obtenidos de la variable de estudio se realizó y aplico en un determinado momento.
- **Prospectivo:** Porque los datos fueron recolectados después de la planeación de la investigación.

2.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por los usuarios externos que acudieron al Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” durante el mes de Diciembre 2016, y que asciende a 2500

Muestra fue representativa del 10% de la población, es decir son 250 usuarios externos del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016

Criterio de inclusión

- Usuarios externos del sexo femenino y masculino, a partir de 18 años de edad, atendidos en el Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016.

2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica usada para la presente investigación fue la encuesta. En base a la técnica seleccionada se aplicó como instrumento de investigación el cuestionario del modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988).

Para evaluar el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016, utilizamos el cuestionario del modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), el mismo que es también usado por el Ministerio de Salud (MINSA) y que hemos extraído de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo RM N° 527-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011.

El cuestionario incluye 22 Ítems de Expectativas y de Percepciones, distribuidos en 5 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 18.
Aspectos Tangibles	:	Preguntas del 19 al 22.

Además consta de 5 criterios de calificación tipo Likert

1= Totalmente en Desacuerdo. (TD)

2= en Desacuerdo. (D)

3= No sabe No opina. (N)

4= en Acuerdo. (A)

5= Totalmente de Acuerdo. (TA)

- **Fases de la recolección de datos**

El instrumento utilizado en esta fase del estudio fue el cuestionario del modelo SERVQUAL.

- ✓ Evaluación de las expectativas de la calidad de atención del usuario externo: Se solicitó a los usuarios responder al cuestionario que indica sus expectativas respecto a la calidad de atención en el Departamento

de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016.

- ✓ Evaluación de la percepción de calidad de servicios: Se solicitó a los usuarios responder al cuestionario que indica sus percepciones específicas respecto al servicio brindado en el Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” diciembre 2016.
- ✓ Validez del instrumento: El Instrumento se encuentra Validado por sus respectivos autores. (Parasuraman; Zeithaml; y Berry. 1988), el mismo que es usado por el Ministerio de Salud y que hemos extraído de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo RM N° 527-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011.

Validez del Instrumento.

El instrumento utilizado fue el cuestionario del Modelo SERVQUAL modificado, el mismo que se encuentra Validado por sus respectivos autores. Parasuraman; Zeithaml; y Berry. (1988), el mismo que es usado por el Ministerio de Salud y que hemos extraído de la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo RM N° 527-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011.

2.4 Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron registrados y analizados en el programa Excel.

Para identificar a los usuarios satisfechos o insatisfechos se calculó la diferencia entre percepciones y expectativas para cada pregunta.

Se estimó el porcentaje, de usuarios satisfechos para cada pregunta, y para cada dimensión y un porcentaje global de satisfacción de los usuarios externos.

III RESULTADOS

CUADRO N° 01
DIMENSIÓN: FIABILIDAD

ITEMS	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL
Pregunta N° 01	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 02	77.20%	22.80%	100%
Pregunta N° 03	78.00%	22.00%	100%
Pregunta N° 04	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 05	79.20%	20.80%	100%
TOTAL	77.60%	22.40%	100%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

Comentario: En la dimensión fiabilidad, el 77.60% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 22.40% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción.

CUADRO N° 02
DIMENSIÓN: CAPACIDAD DE RESPUESTA

ITEMS	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL
Pregunta N° 06	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 07	77.20%	22.80%	100%
Pregunta N° 08	78.00%	22.00%	100%
Pregunta N° 09	77.20%	22.80%	100%
TOTAL	77.30%	22.70%	100%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

Comentario: En la dimensión capacidad de respuesta, el 77.30% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 22.70% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción.

CUADRO N° 03
DIMENSIÓN: SEGURIDAD

ITEMS	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL
Pregunta N° 10	75.60%	24.40%	100%
Pregunta N° 11	76.00%	24.00%	100%
Pregunta N° 12	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 13	75.20%	24.80%	100%
TOTAL	75.90%	24.10%	100%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

Comentario: En la dimensión seguridad, el 75.90% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 24.10% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción.

CUADRO N° 04
DIMENSIÓN: EMPATIA

ITEMS	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL
Pregunta N° 14	76.00%	24.00%	100%
Pregunta N° 15	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 16	75.60%	24.40%	100%
Pregunta N° 17	75.20%	24.80%	100%
Pregunta N° 18	76.80%	23.20%	100%
TOTAL	76.08%	23.92%	100%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

Comentario: En la dimensión empatía, el 76.08% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 23.92% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción.

CUADRO N° 05
DIMENSIÓN: ASPECTOS TANGIBLES

ITEMS	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL
Pregunta N° 19	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 20	75.20%	24.80%	100%
Pregunta N° 21	77.20%	22.80%	100%
Pregunta N° 22	78.40%	21.60%	100%
TOTAL	76.90%	23.10%	100%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.

Comentario: En la dimensión aspectos tangibles, el 76.90% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 23.10% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción.

CUADRO N° 06
SEGÚN GLOBAL DIMENSIONES

GLOBAL DIMENSIONES	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL	DIFERENCIA ENTRE EXPECTATIVA Y PERCEPCION
FIABILIDAD	77.60%	22.40%	100%	54.20%
CAPACIDAD DE RESPUESTA	77.30%	22.70%	100%	54.60%
SEGURIDAD	75.90%	24.10%	100%	51.80%
EMPATIA	76.08%	23.92%	100%	52.16%
ASPECTOS TANGIBLES	76.90%	23.10%	100%	53.80%
TOTAL	76.76%	23.24%	100%	53.52%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

Comentario: En cuanto a las dimensiones totales, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles el 76.76% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 23.24% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción; existiendo una diferencia marcada entre expectativa y percepción del 53.52%.

CUADRO N° 07
SEGÚN TOTAL PREGUNTAS

ITEMS	EXPECTATIVA	PERCEPCION	TOTAL
Pregunta N° 01	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 02	77.20%	22.80%	100%
Pregunta N° 03	78.00%	22.00%	100%
Pregunta N° 04	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 05	79.80%	20.20%	100%
Pregunta N° 06	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 07	77.80%	22.20%	100%
Pregunta N° 08	78.00%	22.00%	100%
Pregunta N° 09	77.20%	22.80%	100%
Pregunta N° 10	75.60%	24.40%	100%
Pregunta N° 11	76.00%	24.00%	100%
Pregunta N° 12	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 13	75.20%	24.80%	100%
Pregunta N° 14	76.00%	24.00%	100%
Pregunta N° 15	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 16	75.60%	24.40%	100%
Pregunta N° 17	75.20%	24.80%	100%
Pregunta N° 18	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 19	76.80%	23.20%	100%
Pregunta N° 20	75.20%	24.80%	100%
Pregunta N° 21	77.20%	22.80%	100%
Pregunta N° 22	78.40%	21.60%	100%
TOTAL	76.76%	23.24%	100%

FUENTE: Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía” Diciembre 2016.

Comentario: En cuanto al total de preguntas, el 76.76% se muestra satisfecho y tiene buena expectativa, el 23.24% se muestra insatisfecho y tiene una mala percepción.

IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La calidad es tan antigua como la práctica clínica, el año 2000 A.C el código de Hammurabi regulaba la atención médica, al igual que los egipcios, en china 1000 años A.C, ya regulan las competencias de los profesionales; siendo los primeros trabajos de evaluación sanitaria realizados por epidemiólogos, Nightingale redujo la tasa de mortalidad en la guerra de Crimea. En la mejora continua, un principio básico es que los empleados quieren dar lo mejor de sí mismos utilizando herramientas analíticas, estilo de gestión participativo y establecer una estructura y una organización, donde se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología, que responden a diversas interpretaciones para atender las necesidades de atención que se ofrecen los servicios. Donabedian, propone tres puntos, la calidad absoluta, individualizada y social y asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado.

Los resultados encontrados en la dimensión fiabilidad la expectativa es de 77.60% y la percepción 22.40% es insatisfactorio, por lo que la provisión deben ser servicios accesibles y equitativos optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario y poseer una visión amplia. En la dimensión capacidad de respuesta la expectativa fue del 77.30%: y la percepción 22.70%, insatisfactorio, el objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura y obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, responsables del bienestar de los individuos y del bienestar social fiduciaria de actuar en nombre de los pacientes de manera adecuada y de calidad producto del esfuerzo conjunto. En la dimensión de seguridad encontramos que la expectativa es del 75.90% y la percepción del 24.10% insatisfactorio. Avedis Donabedian tiene un enfoque compuesto de tres partes para la evaluación de la calidad mediante la estructura en que se prestan los servicios, el proceso realidad se realiza para prestar y recibir servicios y el resultado que comprende los efectos de la

atención en el estado de salud de los pacientes y poblaciones, el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como eficiencia, cuidados y eficacia con un alto nivel de excelencia profesional. En la dimensión empatía encontramos que la expectativa es del 76.08% y la percepción del 23.92% insatisfactorio. La eficacia del procedimiento o tratamiento, la atención/intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, la puntualidad y seguridad del paciente, la calidad de las instituciones sanitarias ha cambiado y el eje central para el mejoramiento de la calidad ahora son los indicadores de resultados de la atención de salud. En dimensión aspectos tangibles encontramos que la expectativa que el 76.90% y la percepción del 23.10% insatisfactorio, en el Perú, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que se desarrollan para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud ha visto por conveniente actualizar y ampliar el alcance del documento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Comparando los antecedentes con el resultado global las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles, encontramos que la expectativa es del 76.76% y la percepción del 23.24% insatisfactorio, la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos que tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida y debe ser la misma en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención de manera continua nuestra creatividad y emprendimiento con un enfoque de diálogo intercultural. Huamán, (2014), concluye que los resultados obtenidos son indicativos que los trabajadores y pacientes que acuden al servicio de emergencia perciben la calidad de atención en un nivel regular. García, (2013), concluyen que es regular la calidad de la atención de los servicios de salud de los usuarios. Alcántara, (2013), concluye que la percepción de la calidad de atención de los usuarios en el módulo pre-quirúrgico es negativa, entonces la calidad de

atención es insatisfactoria en todas sus dimensiones. Lira, (2012), concluye que la calidad de atención es regular. Sepúlveda (2012), concluye que la Expectativa de la calidad de atención de los usuarios en general es insatisfactoria. Veliz, y Villanueva (2011), concluyen que los servicios prestados en el CERITS Chorrillos alcanzaron o superaron las expectativas de los usuarios externos. Mejía, et al (2011), concluyen que la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo, pero que se ve afectada por las malas relaciones interpersonales de los trabajadores, además que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de la Unidad de Emergencia, afectando la calidad de atención. Ramón, (2011), concluye que la sobrecarga de trabajo y la atención ambulatoria incide en el porcentaje de las consultas de guardia y la tasa de accidentes laborales, sin embargo dicen que el trabajo realizado es apropiado para el Dominio del personal. Masuet, (2010), concluye que la media de las calificaciones de las distintas variables directamente relacionadas con la actividad de los médicos es muy similar a la media de las calificaciones del ítem general Servicio y atención del médico, en cambio en el análisis de las medias de las variables no directamente relacionadas con la actividad médica y el ítem general Servicio que presta el hospital, se observa una diferencia sustancial, es decir el apropiado desempeño médico influye muy positivamente en el concepto general de los servicios brindados por la institución.

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Con los resultados obtenidos podemos concluir y determinar que, la expectativa sobre el nivel de calidad de atención del usuario externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", es mayor que la percepción, entonces el nivel de calidad de atención de los pacientes es insatisfactorio.

- Concluimos determinando que, los pacientes del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", perciben que el nivel de calidad de atención en la dimensión fiabilidad es insatisfactorio.

- Concluimos determinando que, los pacientes del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", perciben que el nivel de calidad de atención en la dimensión capacidad de respuesta es insatisfactorio.

- Concluimos determinando que, los pacientes del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", perciben que el nivel de calidad de atención en la dimensión seguridad es insatisfactorio.

- Concluimos determinando que, los pacientes del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", perciben que el nivel de calidad de atención en la dimensión empatía es insatisfactorio.

- Concluimos determinando que, los pacientes del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", perciben que el nivel de calidad de atención en la dimensión aspectos tangibles es insatisfactorio.

5.2 Recomendaciones

- Organizar periódicamente cursos de capacitación sobre Calidad de Atención, dirigido a todo el personal del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", con la finalidad de alcanzar mejoras posibles en la salud del usuario.
- Incidir en el personal del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", la aplicación de la dimensión fiabilidad, con la finalidad de prestar el servicio prometido de modo fiable y cuidadoso.
- Incidir en el personal del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", la aplicación de la dimensión capacidad de respuesta, con la finalidad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido.
- Incidir en el personal del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", la aplicación de la dimensión seguridad, con la finalidad de inspirar credibilidad y confianza.
- Incidir en el personal del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", la aplicación de la dimensión empatía, con la finalidad de darle una atención individualizada.
- Coordinar con los Jefes del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital "Augusto B. Leguía", para mejorar la dimensión elementos tangibles, con la finalidad de arreglar la instalación física, comprar más equipos, solicitar más personal y también arreglar o comprar materiales de comunicación.

VI AGRADecIMIENTOS

- **A DIOS TODO PODEROSO**, porque me da la fuerza y guía para seguir realizándome como persona y me inspira para seguir educándome en bienestar de todos mis semejantes.

- **MI GRATITUD A LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD SAN PEDRO**, por todos sus conocimientos que me dieron en estos semestres académicos de estudio y poder abocarla en beneficio de los demás.

- **A MI HIJAS**, a quienes Amo desde el Fondo de mi Corazón.

- **A MIS PADRES**, por su inmenso Amor y apoyo a lo largo de toda mi hermosa Vida.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abizanda. (1998). **Dilemas Críticos en el Paciente Crítico: En bioética y medicina intensiva.** Barcelona: Ed. Edika-Med.
- Albrecht, y Lawrence. (1998). **La excelencia en el servicio. Conozca y comprenda a sus clientes.** Colombia: 3R Editores Ltda.
- Alcántara. (2013). **Nivel de Satisfacción de los Pacientes Usuarios del Módulo Pre-Quirúrgico del Hospital Nacional de la PNP “Luis Nicasio Sáenz”.** Tesis para optar el grado de Magister.
- Alfaro. (2012). **Metodología de Investigación Científica,** pp.143.
- Calderón. (1999). **Relaciones Públicas, Calidad Total y el Factor Humano.** Editorial Escuela Profesional de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Comunicación, Turismo y Psicología de la USMP. 2º edición, Lima.
- Cortada. (1978). **Estadística Aplicada.** Editorial Eudeba. Buenos Aires. Argentina.
- Buttle. (1996). **SERVQUAL.** Review, Critique, Research Agenda. Vol.30 N° 1. European Jourdal of Marketing, pp. 8-32.
- Donabedian. (1990). **Garantía de la calidad y la atención médica, enfoques para la evaluación.** México: Perspectivas en Salud Pública. Instituto en Salud Pública.
- Donabedian. (1993). **Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volumen 1: The Definition of Quality and Aproches to its Assesment.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian. (1995). **Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad: En Calidad de Atención a la Salud.** Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud.
- Donabedian. (1997). **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica.** Instituto Nacional de Salud Pública. México.

- Family, y Health Internacional. (1993). **Calidad de Atención**. Network. Vol. 08. N° 04, p. 09.
- Fishman. (2000). **El Camino del Líder**. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Editorial El Comercio, Perú, p. 166.
- García. (2013). **Percepción y Expectativas de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud de los Usuarios del Centro de Salud Delicias Villachorillos período Febrero-Mayo**. Tesis para optar el grado de magister.
- Gilmore, y Col. (1996). **Manual de Gerencia de la Calidad**. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fundación W. K. Kellogg, serie Paltex, volumen III, N° 09, p. 02.
- Handabaka. (2000). **Técnicas de atención al cliente: El cliente es el Rey**. Editorial Palomino, 1° edición, Lima - Perú.
- Hernández, Fernández, y Baptista. (2010). **Metodología de la investigación**. McGraw Hill Interamericana. 5ta edición. México D.F.
- Huamán. (2014). **Percepción de la Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital General I “José Soto Cadenillas” Chota, Setiembre**. Universidad César Vallejo-Escuela de Postgrado. Tesis para obtener el grado de: Magister en Gestión de los Servicios de Salud.
- Jara. (2002). **Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Servicios en Salud**. Seminario Taller: Gestión de RRHH en salud 16, 17 y 18 de mayo 2002, Puno, Perú.
- Legault. (1999). **Alcanzar la Calidad Total**. Editorial Trillas. 1° edición. México.
- Lira. (2012). **Percepción de la Calidad de Atención en el Servicio de Obstetricia, Área de Hospitalización del Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú**. Tesis para optar el grado de Magister.
- Luna. (2000). Metodología de la Tesis. Editorial Trillas. 2° edición.

- Masuet. (2010). **La calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba.** Argentina. Tesis para optar el grado de Magister.
- Mejía, y Amaya. (2011). **Evaluación de Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el Período de Abril a Junio.** Tesis para optar al grado de Magister.
- Ministerio de Salud. (2006). **Sistema de Gestión de la Calidad. Dirección General de las Personas.** Dirección Ejecutiva de la Calidad en Salud. NT: R.M. 519.
- Ministerio de Salud. (2011). **Sistema de Gestión de la Calidad.**
- Muller. (1999): **Cultura de Calidad de Servicios.** Editorial Trillas. 1º edición.
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). **Garantía de Calidad y Acreditación de Hospitales de América Latina y El Caribe.** Washington D. C, p. 118.
- Ortiz, Muñoz, Lechuga, y Torres. (2003). **Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según opinión de los usuarios.** Revista Panamericana de Salud Pública.
- Paganini. (1993). Calidad y eficiencia en hospitales. En Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, p. 115.
- Polit. (1997). **Investigación Científica: en ciencias de la salud.** Editorial Mac Graw Hill, 5º edición, México.
- Ramón. (2011). **Evaluación de la representatividad de Indicadores de calidad en hospitales de la República Argentina.** UBA. Tesis de Doctorado.
- Román. (1997). **Motivando: Cómo Establecer un Servicio de Calidad.** Revista Unilif Enfoque, Año 07, N° 17, p. 09.
- Ruelas, y Zurita. (1993). **Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud.** Salud Pública de México. Vol. 35, p. 3.

- Sepúlveda. (2012). **Calidad de Atención en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.** **Setiembre.** Tesis para optar el grado de Magister.
- Varo. (1994). **Gestión Estratégica de la Calidad de Servicios Sanitarios.** Madrid. Un Modelo de Gestión Hospitalaria.
- Veliz, y Villanueva. (2011). **Calidad Percibida por los Usuarios Externos e Internos frente a los servicios que reciben en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de la DISA II Lima Sur.** Tesis para optar el grado de Magister.
- Willingham. (1996). **Escúchame soy tu Cliente.** Edición Española. Editorial Prentice interamericana, México.

Webgrafía

- Jiménez y Col. (2003). **Satisfacción del Usuario como indicador de Calidad de Atención en Salud.** México. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/español/e.htm/e-enf/e-en2003/er-en032cthm>. (Visitado el 25 octubre del 2015).

VIII APÉNDICES Y ANEXOS

8.1 Anexo N° 1 Matriz de consistencia

Título: Nivel de calidad de atención del usuario externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.

	Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
General	¿Cuál es el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”	Determinar el Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.	El Nivel de Calidad de Atención del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital	■ Calidad de Atención Fiabilidad Pregunta N° 01 Pregunta N° 02 Pregunta N° 03 Pregunta N° 04 Pregunta N° 05.	Tipo Investigación Descriptiva, de Corte Transversal. No Experimental, Prospectivo.
Específicos	B. Leguía”	- Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Fiabilidad del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”, es Insatisfactorio.	“Augusto B. Leguía”, es Insatisfactorio.	Capacidad de Respuesta Pregunta N° 06 Pregunta N° 07 Pregunta N° 08 Pregunta N° 09	Población y Muestra: Estará conformada por los usuarios externos que acudieron al Departamento de Laboratorio Clínico

		<p>Leguía”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Capacidad de Respuesta del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”-. - Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Seguridad del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”. - Determinar el Nivel de Calidad de Atención en 		<p>Seguridad</p> <p>Pregunta N° 10</p> <p>Pregunta N° 11</p> <p>Pregunta N° 12</p> <p>Pregunta N° 13.</p> <p>Empatía</p> <p>Pregunta N° 14</p> <p>Pregunta N° 15</p> <p>Pregunta N° 16</p> <p>Pregunta N° 17</p> <p>Pregunta N° 18.</p> <p>Aspectos Tangibles</p> <p>Pregunta N° 19</p> <p>Pregunta N° 20</p> <p>Pregunta N° 21</p> <p>Pregunta N° 22.</p> <p>Criterios de calificación</p>	<p>del Hospital “Augusto B. Leguía”, y que asciende a 2500.</p> <p>Muestra:</p> <p>Se obtendrá una muestra representativa del 10% de la población, es decir son 250 usuarios externos del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.</p> <p>Cuestionario del modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>la dimensión Empatía del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.</p> <p>- Determinar el Nivel de Calidad de Atención en la dimensión Aspectos Tangibles del Usuario Externo del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital “Augusto B. Leguía”.</p>		<p>1= TD</p> <p>2= D</p> <p>3=.N</p> <p>4= A</p> <p>5= TA</p>	<p>(1988)</p> <p>Criterios de rigurosidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ° Validez ° Interna (Credibilidad) ° Externa (Transferencia) ° Consistencia ° Confirmabilidad
--	--	--	--	---	---

8.2 Anexo N° 2 Encuesta para evaluar la Calidad de la atención de los pacientes

Instrucciones: Por favor, lea detenidamente cada ítem, Asimismo indique el grado que usted piensa debe ser una Atención, basado en su experiencia anterior.

Si usted siente que la característica **No** es totalmente esencial, encierre el número 1 y Si cree que la característica **Si** es absolutamente esencial para una Atención Excelente, encierre el número 5; Si su decisión **No** es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

ÍTEM		EXPECTATIVAS	1	2	3	4	5
1	E	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas.					
2	E	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada.					
3	E	Que la atención por el profesional se realice según el horario de atención.					
4	E	Que el servicio cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes.					
5	E	Que el laboratorio clínico cuente con los materiales y reactivos que solicito el médico.					
6	E	Que la atención en el área de caja sea rápida.					
7	E	Que la atención del área de admisión sea rápida.					
8	E	Que el tiempo de espera para ser atendido sea corto.					
9	E	Que el servicio cuente con mecanismos para resolver cualquier problema que dificulte la atención de los usuarios.					
10	E	Que durante su atención en el laboratorio se respete su privacidad.					
11	E	Que el profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso.					

12	E	Que el profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas.					
13	E	Que el profesional que le atenderá le inspire confianza.					
14	E	Que el personal profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia.					
15	E	Que el personal de caja le trate con amabilidad, respeto y paciencia.					
16	E	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia.					
17	E	Que Ud. Comprenda la explicación que le brindara el profesional sobre el resultado de su atención.					
18	E	Que Ud. comprenda la explicación que el profesional le brindará sobre los procedimientos que le realizarán.					
19	E	Que los carteles, letreros o avisos sean adecuados para orientar a los usuarios.					
20	E	Que el laboratorio clínico y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliarios (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes.					
21	E	Que el hospital cuente con baños limpios para los pacientes.					
22	E	Que el laboratorio clínico cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención.					

ÍTEM		PERCEPCIONES	1	2	3	4	5
1	P	¿Usted fue atendido sin diferencia en relación a otras personas?					
2	P	¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?					
3	P	¿Su atención se realizó según el horario de atención?					
4	P	¿Cuándo usted quiso presentar alguna queja o reclamo el servicio contó con mecanismos para atenderlo?					
5	P	¿El laboratorio clínico contó con los materiales y reactivos que solicito el médico?					
6	P	¿La atención en la atención en el área de caja fue rápida?					
7	P	¿La atención en el área de admisión sea rápida?					
8	P	¿El tiempo que usted espero para ser atendido fue corto?					
9	P	¿Cuándo usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?					
10	P	¿Durante su atención en el laboratorio se respete su privacidad?					
11	P	¿El profesional que le atendió le realizo un examen completo y minucioso?					
12	P	¿El profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?					
13	P	¿El profesional que le atendió le inspiró confianza?					
14	P	¿El profesional que le atendió le trato con amabilidad, respeto y paciencia?					
15	P	¿El personal de caja le trato con amabilidad, respeto					

		y paciencia?					
16	P	¿El personal de admisión le trato con amabilidad, respeto y paciencia?					
17	P	¿Ud. Comprendió la explicación que le brindo el profesional sobre el resultado de su atención?					
18	P	¿Ud. comprendió la explicación que el profesional le brindo sobre los procedimientos que le realizaron?					
19	P	¿Los carteles, letreros o avisos fueron adecuados para orientar a los usuarios?					
20	P	¿El laboratorio clínico y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?					
21	P	¿El hospital contó con baños limpios para los pacientes?					
22	P	¿El laboratorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?					

8.4 Anexo N° 4 Plan de mejora continua de la calidad de atención

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES/CHARLAS	META	2017 MESES								RESPONSABLE
		JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Costo	
a) Buen trato y atención con Calidad y calidez a los usuarios del Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”.	100%	X	X	X	X	X	X	X	R.P.	Departamento de Psicología del Hospital PNP “Augusto B. Leguía”.
b) Actitud positiva frente al usuario (todo el personal del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”.	100%	X	X	X	X	X	X	X	R.P.	
c) Charlas al personal asistencial del departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”, en el reforzamiento de la asepsia y	100%	X	X	X	X	X	X	X	R.P.	Oficina de calidad del Hospital PNP “Augusto B. Leguía”.

antisepsia.											
d) Charlas al personal de limpieza del departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”, sobre asepsia.	100%	X	X	X	X	X	X	X	R.P.	Oficina de calidad del Hospital PNP “Augusto B. Leguía”.	
e) Iluminación y señalización del departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”.	100%	X							R.P.	Oficina de mantenimiento del Hospital PNP “Augusto B. Leguía”.	
f) Charlas de liderazgo a todo el personal del departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”.	100%	X	X	X	X	X	X	X	R.P.	Jefatura del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “Augusto B. Leguía”.	
g) Mejorar el proceso de atención departamento de Laboratorio Clínico del Hospital PNP “AUGUSTO B. LEGUÍA”.	100%	X							R.P.	Oficina de admisión del Responsables del Hospital PNP “Augusto B. Leguía”. del plan de mejora de la calidad	

h) Supervisión y monitoreo	100%	X		X		X		X	R.P.	Responsables del plan de mejora de la calidad
i) Evaluación	100%	X			X			X	R.P.	Responsables del plan de mejora de la Calidad