



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN MEDICINA HUMANA



TESIS

***Gestión de la Calidad en la Atención Integral de
Salud en el Centro de Salud de Santiago***

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN MEDICINA
HUMANA MENCIÓN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:

M.C. Mijaíl Vladimir Llona García

Asesor:

Dr. Anselmo Magallanes Carrillo

ICA – PERÚ

2019

A MIS PADRES por el apoyo incondicional de siempre

A mi hijo Sebastián Vladimir Alfieri:

Que impulsa mi superación personal y profesional.

AGRADECIMIENTO:

A mi Asesor por sus sugerencias en el desarrollo de mi tesis

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
Título	vii
INTRODUCCION	ix
I. CAPITULO: MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes	10
1.1.1 Internacionales	10
1.1.2 Nacionales	21
1.1.3 Regionales	27
1.2 Bases teóricas	28
1.3 Marco Conceptual	44
1.4 Marco legal	45
II, CAPITULO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 Situación problemática	47
2.2 Formulación del Problema	48
2.3 Justificación e Importancia de la investigación	
2.4 Objetivos de la investigación	49
2.4.1 Objetivos específicos	49
2.5 Hipótesis	50
2.6 Variables	50
2.6.1 Operacionalización de variables	51
III.CAPITULO: DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
3.1 Tipo Nivel y diseño de investigación	52
3.2 Población y muestra	52
IV TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	
4.1 Técnicas de recolección de información	53
4.2 Instrumento de recolección de datos	53
Encuesta No adaptada a la consulta externa	
4.3 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de Resultados	53
V. CAPITULO: CONTRASTACION DE HIPOTESIS	57
5.1 Contrastación	
VI. PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS	
1. Cuadro No 1 :	
Personal del Centro de Salud	59
Gráfico personal del Centro de Salud	60
2. Cuadro No 2:	
Población de Atención del Centro de Salud consulta Externa pacientes nuevos	61
Gráfico consulta externa pacientes nuevos	62
3. Cuadro No 3 :	
Población de atención del Centro de Salud Atenciones de emergencia	63
Gráfico No 3	64
4. Cuadro No 4	

Resultado de la encuesta a pacientes de consulta externa del Centro de Salud	65
5. Cuadro No 5 La consulta con el medico se realiza en el horario Programado	66
6. Cuadro No 6 La historia clínica se encuentra disponible para su atención en el consultorio	67
7. Cuadro No 7 La atención en caja o del módulo del Seguro Integral (SIS)	68
8. Cuadro No 8 La atención en farmacia de consulta externa es rápida	69
9. Cuadro No 9 El médico que atiende su problema de salud le inspira confianza	70
10. Cuadro No 10 El médico le explica a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.	71
11. Cuadro No 11 La señalización de la consulta externa (Carteles, letreros y flechas) son los Adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	72
12. Cuadro No 12 Los consultorios cuentan con los equipos y materiales necesarios para su atención	73
13. Cuadro No 13 Resultados de la encuesta a pacientes de Emergencia del Centro de Salud	74
14. Cuadro No 14 Su atención en emergencia está a cargo del médico	75
15. Cuadro No 15 La Farmacia de emergencia cuenta con medicamentos que receta el medico	76
16. Cuadro No 16 La Atención en caja o el módulo de admisión fue rápida	77
17. Cuadro No 17 La atención en Farmacia de emergencia fue rápida	78
18. Cuadro No 18 Que durante su atención en emergencia se respetó su privacidad	79
19. Cuadro No 19 El personal de emergencia lo escucho	

atentamente y le trato con amabilidad, respeto y paciencia	80
20. Cuadro No 20 El médico le explico a ud. O a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud o resultados de la atención	81
21. Cuadro No 21 La emergencia cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.	82
22. Cuadro No 22 Los ambientes del servicio de emergencia están limpios, cómodos y acogedores	83
6.1 DISCUSIÓN	84
CONCLUSION	87
RECOMENDACIÓN	88
FUENTES DE INFORMACIÓN	89
MATRIZ DE CONSISTENCIA	102

Resumen

Objetivo: Analizar la gestión de la calidad de la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago

Tipo, nivel y diseño de Investigación: es una investigación aplicada, de nivel descriptivo y explicativo trasversal, diseño de estudio corresponde al diseño NO experimental

Población: fue acuerdo a las atenciones del Centro de salud; en consulta externa de 768 pacientes nuevos adultos y en atenciones de emergencias de 361 pacientes adultos; el diseño muestral fue de tipo al azar estratificado calculando un tamaño de muestra para las atenciones en consulta externa de 230 pacientes y para emergencia 108 pacientes

Recolección de datos: Se realizaron dos encuestas a los pacientes que llegan al servicio de consulta externa y los pacientes que llegan a emergencia

Resultados: Existe una simetría básica que une la percepción del usuario

1. Las valoraciones de la calidad de la atención en consulta externa, totalmente de acuerdo y medianamente de acuerdo fue entre 47 % a 92 % y en emergencia fue entre 85 % a 96 %,
2. Existe una simetría básica que une la percepción del usuario a las valoraciones de la calidad de la atención en consulta externa y emergencia,
3. Gestión de la Calidad y la atención integral en el Centro de Salud de Santiago en el servicio de consulta externa y emergencia tienen una relación de 90.5 % y 29.5 % mientras que la relación que no hay gestión de Calidad es de 29.5 % y 9.5 % respectivamente.

PALABRAS CLAVES: Gestión de la Calidad, Atención Integral de Salud, Centro de Salud de Santiago

ABSTRAT

Objective: To analyze the management of the quality of the Integral Attention in the Center of Health of Santiago

Type, level and design of Investigation: it is an applied investigation, of descriptive level and explanatory transversal, design of study corresponds to the not experimental design

Population: it was an agreement to the attentions of the Center of health; in external consultation of 768 new adult patients and in emergency attentions of 361 adult patients; the sample design was of type at random stratified calculating a size of sample for the attentions in external consultation of 230 patients and for emergency 108 patients

Compilation of information: two surveys were realized to the patients who come to the service of external consultation and the patients who come to emergency

Results: A basic symmetry unites user perception

1. The evaluations of the quality of care in external consultation, totally agreed and moderately agreed was between 47 % and 92 % and in emergency was between 85 % and 96 %
2. There is a basic symmetry that unites the user's perception to the evaluations of the quality of care in external and emergency consultations,
3. Quality Management and Comprehensive Care in the Health Center of Santiago in the outpatient and emergency service have a ratio of 90.5% and 29.5% while the ratio that there is no Quality Management is 29.5% and 9.5%

KEY WORDS: Management of the Quality, Integral Attention of Health, Center of Health of Santiago

TITULO:

Gestión de la Calidad en la Atención Integral de Salud en el
Centro de Salud de Santiago

NOMBRE DEL AUTOR:

M.C. Mijaíl Vladimir Llona García

Asesor:

Dr. Anselmo Magallanes Carrillo

INTRODUCCION

La finalidad de la atención en salud es llevar a cabo un servicio de calidad, adecuado y oportuno a toda la población, hay diversas barreras para su realización de forma eficiente y en el proceso de mejora continua de la misma, la satisfacción del usuario ha sido y es una de las piezas centrales para su evaluación, ya que es la piedra angular de la relación médico-paciente

El Ministerio de Salud (Minsa) en su búsqueda de garantizar se otorgue servicios de calidad y que satisfagan a la población ha establecido un Sistema de Gestión de la Calidad, así como una Política Nacional de Calidad en Salud,(a través de documentos que detallan los mecanismos de implementación, evaluación y sostenimiento de dichas implementaciones, existen diversos estudios en nuestro país donde se reportan porcentajes altos de insatisfacción. La consulta médica establece la interacción médico-paciente, en donde se establece un vínculo de confianza; que este último brinda, y que obliga al médico a aplicar todas sus herramientas (destrezas, habilidades en comunicación y entrevista clínica, conocimientos, etc.) para disminuir, aliviar o tratar sus necesidades.

La calidad y la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud, la calidad en salud en sus tres dimensiones, la técnica, la humana y la del entorno; los actores que participan en el cuidado de la salud.

La teoría económica, que estudia la asimetría de la información, propone que la implementación de incentivos en los prestadores de servicios de salud puede promover el logro de resultados relacionados a calidad de atención.

CAPITULO

I. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 Internacionales:

Gafa C.y Colb. en el 2018 publicaron el Modelo de integral de salud vs. Calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017 atención donde llegaron a la siguiente **conclusión:**

Se identificaron las principales características de la atención de salud y se sistematizaron los análisis de la situación integral de salud de los centros incluidos en el estudio, lo que permitió contar con una fundamentación teórico-metodológica de la capacidad resolutive y la calidad de la atención de los mismos.

Los cambios experimentados en el modelo de atención del Sistema Nacional de Salud del Ecuador ameritan el completamiento del estudio en las tres etapas restantes, lo que contribuirá al perfeccionamiento de las redes integradas y constituirá un aporte al trabajo de la academia y del sector salud¹

Alcañiz –Zanon M. publico Nuevo diseño de la encuesta de Salud de Cataluña (2010-2014): un paso adelante en planificación y evaluación Sanitaria, donde llego a las siguientes conclusiones:

La implementación del nuevo diseño de la Encuesta ha permitido que los indicadores sanitarios, de salud y de uso de calidad de los servicios, se hallen siempre actualizados y puedan calcularse con

la debida precisión tras acumular el número de oleadas necesarias en cada caso (Manuela Alcaniz 2014).

Aumenta la capacidad de reacción ante situaciones que anteriormente podían tardar años de ser detectadas con el consiguiente perjuicio (Manuela Alcaniz 2014).

Las explotaciones sistemáticas y los análisis específicos llevados a cabo tras las primeras oleadas han producido resultados que ya se han incorporado en el Plan de Salud de Cataluña 2011 -2015, tanto para la estimación de los valores de referencia como para la evaluación de los objetivos de salud (Manuela Alcaniz 2014).

Persiste la dificultad de reducir el conocimiento sobre la Salud a un cuestionario así como la de abordar determinadas cuestiones, tampoco se lleva un seguimiento temporal de los individuos (Manuela Alcaniz 2014). ⁽²⁾

Guillermo W. Calidad de los Servicios de Salud donde hay las siguientes **conclusiones**

La calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes, un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen (López Vivanco 2011). También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio (López Vivanco 2011).

Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía, Un deber de los usuarios es

exigir y valorar la atención que se les brinda (López Vivanco 2011); un deber de los Servicios de Salud es dar las respuestas que se les requieren.

Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.

Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores.

La gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Nadie va hacer por nosotros lo que corresponde que nosotros hagamos (López Vivanco 2011) ⁽³⁾.

En el 2013, Reyes - Morales H publico Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México (Reyes Morales 2013).

Conclusión:

Existen avances en la calidad de atención percibida en la atención ambulatoria en México. Es necesario fortalecer estrategias organizacionales para brindar atención con mayor oportunidad y responder a las expectativas de los usuarios (Reyes Morales 2013). ⁽⁴⁾

En el 2013, Nebot-Marzal C. y col publico conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de salud. Donde concluye:

Que se ha elaborado un conjunto de indicadores de calidad y seguridad. El sistema de información actual permite su monitorización (5)

Salmerón J. en el 2013 escribió Medidas del conocimiento del paciente sobre su medicamento en Farmacia Comunitaria en Portugal Grupo de investigación (Salmerón J. 2013).

Conclusiones:

Los resultados obtenidos muestran una elevadísima falta de conocimiento del paciente sobre el medicamento que utiliza, a pesar de las numerosas estrategias sanitarias que se están adoptando. La utilización de este cuestionario de medida CPM-PT-PT (Salmerón J. 2013), (Conocimientos del paciente del medicamento – a dos negativos asociados al medicamento (RNM) válida y fiable podría ser incorporado por los farmacéuticos en su práctica diaria en la cartera de servicios para ayudar a los pacientes a realizar un correcto proceso de uso de sus medicamentos, favoreciendo la consecución de resultados clínicos positivos (Salmerón J. 2013). (6)

Andreo J.A Gestión de la calidad en medicina interna. Desde Pareto al EFQM en el 2012

Conclusión

En la metodología de gestión de calidad, de acuerdo a la filosofía de Pareto, es importante identificar siempre la parte esencial del todo. Con este enfoque, para la gestión de calidad en Medicina

Interna, se propone la aplicación del modelo de excelencia EFQM, haciendo en cada uno de sus criterios un ejercicio de simplificación y priorización de los puntos esenciales o claves. Finalmente, es oportuno señalar aquello que puede considerarse como lo más esencial de todo para lograr la máxima calidad en Medicina Interna. Decía Gustav Mahler que “en la partitura está todo, menos lo esencial”, dando a entender que esta parte depende sobre todo de la interpretación de la obra. De igual forma, podemos decir que todo lo expuesto en la presente revisión que se refiere a nuestra partitura. Es importante disponer de un buen plan de calidad, un mapa de procesos, un cuadro de mando y unos objetivos clave. Aun así, lo más esencial de todo va a ser siempre la interpretación que cada profesional haga en la atención que presta a sus pacientes cada día. Podríamos decir, parafraseando la conocida frase virtuosa, que “la calidad bien entendida empieza por uno mismo”. Cada internista tiene que procurar la mejora continua de su trabajo personal, haciendo especial hincapié cada año en el objetivo principal del Servicio, como la mejora del IAH en 2010. Si lo hacemos todos, este será el mejor camino para avanzar hacia la calidad total en nuestros servicios de Medicina Interna ⁽⁷⁾

En el 2012 Murillo C. publico Medidas de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud en la que **concluye** que (Murillo C. 2012):

Las herramientas diseñadas e implementadas por el Servicio Catalán de la Salud han demostrado ser instrumentos válidos para detectar los temas de actuación prioritarios para la mejora de la prestación de servicios y para fomentar la equidad territorial (Murillo C. 2012) .⁽⁸⁾

En Madrid, Noviembre del 2010, Rodríguez P. | realizo el trabajo de investigación “La Atención Integral Centrada en la Persona”

Conclusión:

En países como España donde se cuenta con una organización ya muy consolidada de su Sistema Nacional de Salud, y aunque con menos tradición, historia y sistematización, también de los Servicios Sociales, no parece adecuado decantarse por el modelo de integración socio – sanitaria, lo que exigiría un enorme esfuerzo organizativo, normativo y presupuestario.

En lo que afecta a la práctica efectiva de la atención centrada en la persona, como eje de las políticas de atención a personas mayores, con discapacidad, o a quienes tienen una situación de dependencia, puede afirmarse que han sido especialmente Dinamarca y Suecia los países que más han avanzado en la consolidación de este modelo, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos. Como muestra, baste destacar que durante el año 2010 se ha producido una iniciativa parlamentaria sueca para producir un nuevo cambio de su Ley Nacional de Servicios Sociales, de manera que se garantice de manera efectiva

y no puramente declarativa la salvaguarda de la dignidad de las personas a las que se atiende.

A efectos de intervención, esto se traduce en un respeto profundo por el sistema de valores y creencias de la persona: mantener su propio estilo de vida, poner a su alcance aquello que les produce más bienestar, facilitarle la realización de actividades placenteras para ella, etc. Lógicamente, alcanzar estos objetivos requiere una tarea previa de conocimiento de la biografía personal y de sus percepciones subjetivas, etc ⁽⁹⁾

En diciembre de 2007 en Uruguay: la Dra. Doménech D. Realizo un “Modelo de Atención Integral a la Salud, de Medicina Familiar y Comunitaria”.

Llego a las siguientes **conclusiones**:

Se introdujeron cambios sustanciales en la organización de las consultas. En este sentido aumentó el número de controles en Salud, destacando que los controles de embarazos de bajo riesgo eran realizados prácticamente en su totalidad por las residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (no contábamos con partera).

Fue significativo el descenso en las consultas no clasificables lo que demuestra el compromiso del equipo de Salud por mejorar la calidad de los registros.

Las consultas por patologías aumentaron, contribuyendo a esta situación la consulta médica del usuario que antes reiteraba la medicación sin realizar dicha instancia, y la mejora en los registros

de los partes diarios. La reiteración de la medicación indiscriminada descendió muy poco, lo que refleja la dificultad de cambiar conductas se vienen realizando de forma rutinaria desde hace mucho tiempo.

Este grupo de pacientes lo constituyen en la mayoría adultos mayores con dificultades para el traslado a la Policlínica, por lo que la repetición muchas veces la realiza un familiar o un vecino.

Se introdujo por primera vez en el Policlínico la atención domiciliaria, bajo la modalidad de visita domiciliaria y la realización de la Historia clínica Familiar. Esto permitió profundizar en el conocimiento del paciente, de su familia y valorar ese contexto a la hora de resolver problemas de Salud. Pensamos que parte del “nuevo grupo de síntomas de ansiedad – depresión” en el registro de consultas por patologías se debió a este mejor acercamiento a la dimensión psico – socio – familiar. Se fortaleció con la atención longitudinal y continua.

Las actividades de Educación para la Salud “abrieron” las puertas del consultorio al intercambio con la gente. Tuvieron una muy buena recepción de la población en todos los casos. Particularmente en las realizadas en los talleres en Sala de espera, los usuarios preguntaron e intervinieron mucho, comentando al equipo la aplicación de ciertas medidas conversadas en el manejo de la enfermedad de sus hijos. También fueron un componente importante previo al inicio de realización de PAP en el Policlínico⁽¹⁰⁾.

La Organización Mundial de la Salud OMS: Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Basados en APS mediante la Implementación de Equipos de Salud en las Comunidades: Requerimientos de Equipos Básicos de Salud para Bolivia, Perú, Chile, El Salvador. 2013

Llegaron a las siguientes **conclusiones**:

Los países se encuentran impulsado sistemas de salud con cobertura universal basados en APS y han renovado su compromiso por fortalecer sus sistemas de salud.

En general hay una ausencia de planificación en los países, muchos no han definido las metas de cobertura poblacional esperada y proveen servicios individuales con centros de salud operando con dotación muchas veces incompleta y que responde a la demanda espontanea,

Modelo de salud orientado a fortalecer la APS como instancia resolutive que exige contar con infraestructura adecuada, profesionales en el terreno y formación para cumplir con el rol que se espera

La definición de equipos de salud es una medida que concreta la voluntad de implementación de la política para poder organizar la provisión de servicios

La definición de los servicios que se proveen en esta nivel de atención es básico para estimar los recursos que se requieren (paquete de atención en Perú, prestaciones garantizadas en Chile)

La definición de equipo de salud, su composición y roles a desempeñar es esencial para establecer los requerimientos presupuestarios y hacer las proyecciones necesarias para implementar la medida a nivel nacional.

Conocer la inversión que significa la implementación de esta estrategia y los resultados que se obtienen es fundamental para su sostenibilidad y fortalecimiento.

Un problema de implementación de este modelo es la expansión política para poder organizar la provisión de la estrategia en escenarios de descentralización lo que normalmente se hace sin contar con las capacidades y pero aun sin el financiamiento (existente, centralizado)

Este estudio permite responder a la tendencia de la revitalización de APS en los países⁽¹¹⁾

2010 Amador C. y Cubero O. Publico un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria llegando a las siguientes conclusiones (Amador C.

Cubero O. 2010):

En la atención primaria se han invertido cuantiosos recursos en los últimos años, ha mejorado la calificación profesional y técnica del personal y se llevan a cabo nuevos planes de formación, no obstante, las expectativas y el grado de satisfacción de los pacientes, familiares, de los propios trabajadores de la salud y de

otros usuarios del sistema no se corresponde con estas transformaciones (Amador C. Cubero O. 2010).

En el trabajo se identifican los principales problemas que inciden en la calidad de la atención: la inexistencia de un sistema de gestión dirigido a la calidad y se proponen las vías para su creación (Amador C. Cubero O. 2010).

El Sistema de Gestión de la Calidad de las instituciones de salud tiene necesariamente que estar en correspondencia con la Excelencia, el Colectivo Moral y el Programa Revolución y aplicarse de forma creadora lo dispuesto sobre la Calidad por los órganos que dirigen esta actividad (Amador C. Cubero O. 2010) ⁽¹²⁾

1.1.2 Nacionales:

En el año 2017 Bustamante F. Nivel de satisfacción del usuario externo que acude al servicio de Farmacia (Emilio Cabello 2012), en un hospital del Ministerio de Salud Cajamarca Perú.

Conclusiones

1. Se encontró un nivel de insatisfacción de 46% del usuario externo atendido en el servicio de Farmacia Central del Hospital Regional de Cajamarca- 2016, lo cual significa un nivel de calidad "En Proceso".
2. La dimensión de Elementos Tangibles presentó un nivel de insatisfacción de 36%, lo cual significa un nivel de calidad "Aceptable"; siendo el ítem de mayor porcentaje de

insatisfacción la deficiencia de que la Farmacia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes (Emilio Cabello 2012).

3. La dimensión de Confiabilidad y Fiabilidad, presentó también un nivel de insatisfacción de 3%, lo que lo ubica en un nivel de calidad "Aceptable", viéndose reflejado en el mayor porcentaje de insatisfacción en el servicio responde a lo que Ud. Esperaba.
4. La dimensión de Respuesta y Reactividad, reportó un nivel de insatisfacción de 38%, lo que permite ubicarse en un nivel de calidad "Aceptable" y aquí el mayor porcentaje de insatisfacción está relacionado con la disponibilidad del empleado para atenderte.
5. La dimensión de Seguridad y Garantía, es la que presentó el mayor nivel de insatisfacción de 48%, que tiene que ver con el problema de salud por el cual fue atendido, fue superado.
6. La dimensión de Empatía, marcó el segundo mayor nivel de insatisfacción con 46%, que tiene que ver con que el usuario recibió una atención individualizada.
7. Según los resultados obtenidos podemos concluir que, la Satisfacción percibida por el usuario externo entrevistado, en general No es Satisfactoria; lo más importante es el buen trato que recibe de todos los usuarios externos que acuden al servicio de Farmacia; siendo puntos importantes el respeto por su privacidad, una buena comunicación y el sentirse

escuchados, demostrado en la dimensión de empatía y seguridad es en estas dimensiones en las que debemos trabajar con mayor énfasis para cumplir las expectativas de nuestros usuarios.

8. Esta metodología logró identificar los aspectos positivos y las áreas de mejora sobre la calidad de satisfacción del servicio de la unidad de gestión de farmacia del Hospital Regional de Cajamarca⁽¹³⁾

En el 2015 Sihuín – Tapia E. Público Satisfacción del usuario hospitalizado en un hospital de Apurímac, Perú

Conclusión En la metodología de gestión de calidad, de acuerdo a la filosofía de Pareto, es importante identificar siempre la parte esencial del todo. Con este enfoque, para la gestión de calidad en Medicina Interna, se propone la aplicación del modelo de excelencia EFQM, haciendo en cada uno de sus criterios un ejercicio de simplificación y priorización de los puntos esenciales o claves. Finalmente, es oportuno señalar aquello que puede considerarse como lo más esencial de todo para lograr la máxima calidad en Medicina Interna. Decía Gustav Mahler que “en la partitura está todo, menos lo esencial”, dando a entender que esta parte depende sobre todo de la interpretación de la obra. De igual forma, podemos decir que todo lo expuesto en la presente revisión se refiere a nuestra partitura. Es importante disponer de un buen plan de calidad, un mapa de procesos, un cuadro de mando y unos objetivos clave. Aun así, lo más esencial de todo va a ser siempre la interpretación que cada profesional haga en la atención que presta a sus pacientes cada día. Podríamos decir, parafraseando la conocida frase virtuosa, que “la

calidad bien entendida empieza por uno mismo”. Cada internista tiene que procurar la mejora continua de su trabajo personal, haciendo especial hincapié cada año en el objetivo principal del Servicio, como la mejora del IAH en 2010. Si lo hacemos todos, este será el mejor camino para avanzar hacia la calidad total en nuestros servicios de Medicina Interna.

Conflicto de intereses ⁽¹⁴⁾

En el año 2012 Cabello E. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuario externo en servicios de salud (Emilio Cabello 2012).

Conclusión:

La aplicación de la prueba piloto, mostró un tiempo promedio de aplicación de la encuestas en 10,6 y 10,3 minutos en consulta externa y emergencia respectivamente (Emilio Cabello 2012).

La validación del constructo mostró una medida de adecuación de KMO de 0,975 en la consulta externa y 0,957 en emergencia (Emilio Cabello 2012).

La Prueba de esfericidad de Bartlett para ambas encuestas mostró un valor significativo ($p < 0,001$). Los 5 componentes o dimensiones de la calidad: fiabilidad (F), capacidad de respuesta (CR), seguridad (S), empatía (E) y aspectos tangibles (T), explicaron el 88,9 y 92,5% de la varianza de las 22 preguntas de las encuestas en consulta externa y emergencia respectivamente (Emilio Cabello 2012).

La aplicación de las encuestas, mostró un 46,8% de satisfacción global de los usuarios externos en consulta externa y 52,9% en

emergencia. Las principales variables de insatisfacción en consulta externa fueron la deficiente disponibilidad y facilidad para obtener una cita (80,6%), demora en la atención en la farmacia (78,6 %), demora en la atención en la caja y módulo SIS (71,6 %), el trato inadecuado por parte del personal (63,8%) y la deficiente información sobre los pasos para ser atendidos (62%) y en emergencia fueron percepción de no mejora o resolución del problema de salud por el cual acudió (81,5%), la deficiente disponibilidad de medicamentos en la farmacia (79,5%), demora en la atención en farmacia (54,4%), demora en caja y admisión (53,9%) y que los ambientes no se encontraron limpios, no fueron cómodos ni acogedores (Emilio Cabello 2012) ⁽¹⁵⁾

Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un Hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual (Casalino Carpio 2008).

Conclusión

Los resultados de este estudio presentan similitudes a lo reportado en la literatura sobre el tema y permiten concluir que en los consultorios externos del servicio de Medicina Interna del HNAL hubo una satisfacción con el servicio en 44,36% de los pacientes o de insatisfacción del 55,64%; que las mujeres tuvieron mayores niveles de insatisfacción global y en la dimensión seguridad que los varones; que, el grupo etario 18 a 19 años fue un factor asociado a mayores niveles de insatisfacción global y en las dimensiones

tangibles, confiabilidad, seguridad y empatía; que, la edad mayor de 65 años se asociado a satisfacción global y en las dimensiones tangibles, confiabilidad, seguridad y empatía; que, los pacientes con instrucción secundaria o superior presentaron mayor insatisfacción global y en la dimensión empatía respecto a los pacientes con instrucción primaria o menor; y, los que procedían de zonas rurales presentaron satisfacción amplia en global y con las dimensiones respuesta rápida y seguridad (Casalino Carpio 2008).⁽¹⁶⁾

En Lima en el año 2011 en el Ministerio de Salud (MINSA): “Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria” (Jorge E. Manrique 2018).

Llegaron a las siguientes conclusiones:

Desarrollar recursos humanos en salud del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud competentes, para la implementación de la Atención Primaria de Salud renovada, a fin de satisfacer las necesidades de la población (Fernando Chunga 2011).

Fortalecer las competencias de los equipos básicos de salud del primer nivel de atención, con el enfoque de derechos en salud, interculturalidad y equidad de género para brindar una atención integral a la persona, familia y comunidad (Fernando Chunga 2011).

Promover la transformación de los servicios de salud del primer nivel de atención mediante la implementación del modelo de atención integral basado en salud familiar y comunitaria (Fernando Chunga 2011).

Desarrollar la red docente de salud familiar y comunitaria en los diferentes niveles de atención, en el marco de la articulación educación – trabajo en salud (Fernando Chunga 2011).

Implementación de un programa de evaluación de las competencias a nivel regional ⁽¹⁷⁾

1.1.3 Locales:

Campos R. en el 2013 publica Calidad de servicio percibido según modelo del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los pacientes, 2008 donde concluye (Walter Ninamango 2011):

La calidad de servicio que brinda el hospital Santa Maria del Socorro es buena, pero debe orientarse hacia la excelencia , para disminuir la insatisfacción del 15,3 % de usuarios, es conveniente mejorar la calidad de servicio en todas sus dimensiones poniendo énfasis en la confiabilidad y empatía del personal de salud (Walter Ninamango 2011).

Se debe conservar y mejorar la buena imagen que tiene el Hospital para el 82,4 % de los usuarios, con un trabajo corporativo y gestión administrativa eficaz y de mejora continua del servicio que presta

Llegaron a las siguientes conclusiones:

Que la política sanitaria facilite el desarrollo de la APS, esto en el caso de Perú implica una integración entre subsectores, pues los diferentes proveedores de salud tienen sus propias reglas.

Implementar una política de RHUS, que debe precisar una definición de equipo de trabajo en salud, integrantes y requerimientos, políticas de locación profesional, trayectorias y opciones de carrera (Mónica Padilla 2011).

Contar con infraestructura organizada en redes con claras definiciones de ámbitos geográficos de responsabilidad, asignaciones poblacionales y niveles de resolución. Instituir un paquete de gestión del trabajo y educación que permita retener, valorizar y promover el desarrollo del recurso humano en el país, mantener una fuerza de trabajo en salud de alta calidad, comprometida y bien tratada y edificar un entorno de coordinación sectorial y extrasectorial de la salud en el desarrollo, concepto social de derecho, e inclusión (Mónica Padilla 2011).⁽¹⁸⁾

1.2. BASES TEÓRICAS:

El tema de la calidad parte de los propósitos y de los requisitos establecidos que debe cumplir cualquier organización y de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales presta un servicio, dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones de salud que inciden sobre una población y sus

individuos, identificados o no por ellos y estableciendo o aplicando las normas, procedimientos y protocolos diagnóstico terapéuticos necesarios, verificando los instrumentos y medios médicos que se utilizan (Revista Cubana de Salud Pública 2010) ⁽¹⁹⁾

El Modelo de Gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones, con el fin de sustentar el modelo de atención, se instala un modelo de gestión en Red que incorpora a todos los actores como responsables de los resultados sanitarios de su población (Revista Cubana de Salud Pública 2010).

- a. Garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud (Revista Cubana de Salud Pública 2010).
- b. Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas (Revista Cubana de Salud Pública 2010).
- c. Mejorar la satisfacción usuaria.
- d. Garantizar el uso racional de los recursos.⁽²⁰⁾

Las principales estrategias del modelo de gestión se presentan como un enunciado y se profundizarán en documentos orientados específicos.

Principales estrategias del modelo de gestión: El Modelo evalúa la eficiencia de los procesos y su efectividad, no sólo desde el punto de vista de la calidad científico técnica, sino también de la percibida por los usuarios, asegurando una atención integral, que a la vez

que satisface las necesidades del usuario, mantiene una práctica asistencial uniforme basada en normas y criterios de calidad establecidos.⁽²¹⁾

El modelo promueve que los actores de la red participen en la mejora continua evaluando constantemente efectividad, resultados, accesibilidad, eficiencia, y satisfacción usuaria externa e interna, es decir, midiendo los resultados.

La gestión puede entenderse como el sistema de actividades estratégicas y planificadas que se realizan guiadas por procedimientos y técnicas adecuadas para lograr determinados fines o metas.

Estos fines, metas o propósitos, pueden ser perseguidos por personas, instituciones o empresas, tanto públicas como privadas (Sergio Carrasco 2002) ⁽²²⁾.

Las actividades estratégicas, señaladas líneas arriba y que se traducen en la forma de conducir las empresas y organizaciones, varía en atención a diversos factores, como son tiempo, espacio, contexto, concepción del mundo, de la vida y del hombre, y de ello fluye precisamente los modelos de gestión que conocemos hasta la actualidad (Sergio Carrasco 2002).⁽²³⁾

El modelo de atención incorpora la participación en salud como un proceso social en que la institucionalidad pública y la comunidad asumen responsabilidades en este ámbito, para enfrentar en forma colaborativa y coordinada los desafíos y decisiones que se generan

en el nivel local. La comunidad y los equipos de salud, identifican y analizan los problemas, formulan y negocian propuestas y satisfacen activamente las necesidades priorizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada.²⁴

En un modelo de atención integral, el paciente o la enfermedad no son consideradas como hechos aislados, sino como un todo, que incorpora las siguientes dimensiones:

- Personal: Promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales.
- De continuidad: sano-enfermo (agudo, crónico, terminal), durante todas las etapas del Ciclo Vital Individual y del ciclo de Vida Familiar.
- De contexto: familia, barrio, escuela, trabajo, redes de apoyo social.
- Enfoque de salud intercultural, de género y de complementariedad con otras terapias de salud ⁽²⁵⁾.

De estas dimensiones, se destaca la continuidad en el cuidado de la salud como la relación estable y continua de las personas y la comunidad con el equipo de salud. El equipo de salud de cabecera asume una responsabilidad en el cuidado durante todas las etapas del Ciclo Vital Individual y Familiar. Los cuidados de la salud constituyen un concepto genérico que da cuenta de una respuesta social a los problemas de salud e involucra aspectos o dimensiones específicas y

complementarias entre sí. Finalmente, los cuidados de salud se sustentan también en la relación y coordinación que se establece en la red de establecimientos de salud.⁽²⁶⁾

Definición de modelo de gestión:

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones (Sergio Carrasco 2002).

Con el fin de sustentar el modelo de atención presentado, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores como responsables de los resultados sanitarios de su población (Sergio Carrasco 2002).⁽²⁷⁾

Objetivos del Modelo de gestión:

- a. Garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud (Sergio Carrasco 2002).
- b. Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas (Sergio Carrasco 2002).
- c. Mejorar la satisfacción usuaria.
- d. Garantizar el uso racional de los recursos.

Las principales estrategias del modelo de gestión se presentan como un enunciado y se profundizarán en documentos orientados específicos.

Principales estrategias del modelo de gestión ⁽²⁸⁾

Todo ello señala la importancia de introducir cambios sustanciales en la forma de hacer salud, con acciones innovadoras que den más protagonismo a los usuarios y sus familias en el cuidado de la salud, que fortalezca la relación de los equipos de salud con las personas, que coordine la continuidad desde el domicilio al hospital, que revitalice la educación para la salud, la prevención y la promoción de la salud, a través de una participación social y trabajo intersectorial efectivo. Todos estos aspectos son cubiertos por el Modelo de atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario (Dra. Verónica Roja 2008). ⁽²⁹⁾

En este Modelo de atención, basado en el enfoque integral del ser humano, se entiende que el proceso salud – enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos, los que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos (espiritual, afectivo, de comunicación, ambiente, cambios de conducta, etc.) y que requieren de un serie de habilidades y destrezas específicas del equipo de salud, en áreas psicosocial, individual, familiar y comunitaria, para acompañar a las personas, familias y comunidad en el cuidado de su salud y mantener o recuperar dicho estado de bienestar a lo largo de toda la red de salud (Dra. Verónica Roja 2008). ⁽³⁰⁾

Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud.

El 22 de setiembre del 2005 el Consejo Nacional de Salud aprobó por unanimidad los ocho lineamientos de política nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos, luego de un proceso de construcción consensuada entre diversos actores del campo de los recursos humanos en salud, estos lineamientos son (Tejada Nonega 2011):

Lineamiento de Política 1: Formación de recursos humanos en salud basada en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 2: Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de las más excluida (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 3: Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad y integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 4: Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de la salud de la población (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 5: Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y el desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 6: Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y el criterio de justicia y equidad (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 7: Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador que contribuya a una renovada cultura organizacional y asegure la entrega de servicios de salud de calidad (Tejada Nonega 2011).

Lineamiento de Política 8: Impulso de procesos de concentración y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional (Tejada Nonega 2011).⁽³¹⁾

El Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de la Capacitación en Salud 2010-2014 – PLANSALUD.

Es el marco normativo que busca desarrollar capacidades del personal de salud de manera diferenciada en sus tres líneas estratégicas (Tejada Nonega 2011); cada una de las cuales interviene en

problemas concretos de salud, que son plausibles de mejorar con el desarrollo de capacidades (Tejada Nonega 2011). Dichas líneas son:

a. Gestión y Gobierno, que impulsa el desarrollo de las capacidades necesarias para elevar el desempeño de las funciones gubernamentales transferidas en salud, que tiene como público objetivo a los gerentes y planificadores en salud, b. Atención Integral de Salud que impulsa el desarrollo de capacidades de los prestadores de servicios de salud y (Tejada Nonega 2011),

c. Gestión del Campo de los Recursos Humanos en Salud en la que se propone el desarrollo de capacidades de los gestores de recursos humanos con una visión integral del capital humano. Los componentes de la intervención son asistencia técnica, capacitación y articulación educación salud, entendida ésta última como la creación de mecanismos de diálogo, consenso y cooperación entre las entidades formadoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud (Tejada Nonega 2011).⁽³²⁾

En el marco de sus funciones de rectoría, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud conduce los procesos de implementación del Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014 – PLANSALUD a través de una metodología participativa y de forma concertada con la Comisión Intergubernamental de Salud (Tejada Nonega 2011) ⁽³³⁾

Se busca lograr la generación de Planes Regionales de Desarrollo de Capacidades que recojan la problemática regional y local y conduzcan los eventos de capacitación a la solución de los problemas identificados (Tejada Nonega 2011). De esta manera el MINSA de acuerdo a los lineamientos de política de desarrollo de recursos humanos y en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y el proceso de descentralización, propicia el desarrollo de los RHUS en general (Tejada Nonega 2011); el mismo que se inserta en la Reforma del Primer Nivel de Atención, consolidando cambios tendientes a brindar una atención de salud de calidad a la población y contribuyendo a la mejora de la situación de salud del país (Tejada Nonega 2011).

Toda renovación sistémica en los servicios de salud conlleva profundas transformaciones en los modelos de gestión y de atención, generando forzosamente demanda de nuevas competencias y modificando en consecuencia la estructura de los recursos humanos. Uno de los elementos definitorios de la educación permanente es su orientación hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación del aprendizaje desde la realidad laboral y la orientación hacia la mejora del desempeño utilizando el enfoque de competencias profesionales (Tejada Nonega 2011).⁽³⁴⁾

Como primer acercamiento al estudio de las competencias, cabe decir que son múltiples y variadas las interpretaciones conceptuales sobre la temática a investigar, en razón que, su interpretación, - y

apoyándonos en los consultores José María Saracho (2005), Fernando Vargas (2004), Leonard Mertens (1996), y Andrew Gonzci (1996), - puede estar sujeta a dos grandes dimensiones a considerar: primero, las diferentes escuelas existentes con sus respectivos enfoques, ya sea, funcionalista, conductista y constructivista, y uno último, el cual no constituye escuela, que sería el enfoque integrado u holismo; y segundo, los diferentes actores involucrados que la definan, es decir, a nivel de países, en cuanto a los órganos directivos encargados de sistemas nacionales de competencias, como también, en cuanto a las instituciones dedicadas a la formación/capacitación acerca del diseño de sus mallas curriculares, y por último, a nivel de empresas, acerca de la gestión de su capital humano ⁽³⁵⁾

La atención primaria de salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente (Enrique Barmaimon 2017):

.. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Enrique Barmaimon 2017). La atención primaria forma parte integrante tanto del

sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Enrique Barmaimon 2017).

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad (Enrique Barmaimon 2017). Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud (Enrique Barmaimon 2017).

Tipos de asistencia sanitaria:

- Primaria.
- Especializada u hospitalaria y que incluye las consultas externas (Enrique Barmaimon 2017).

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales, y con menores costes (Enrique Barmaimon 2017). El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la atención primaria (Enrique Barmaimon 2017).⁽³⁶⁾

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos (Enrique Barmaimon 2017). Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención

de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social (Enrique Barmaimon 2017) ⁽³⁷⁾

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia **política** de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas (Enrique Barmaimon 2017) ⁽³⁸⁾

La atención primaria comprende:

- a. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo (Enrique Barmaimon 2017).
- b. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Enrique Barmaimon 2017).
- c. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria (Enrique Barmaimon 2017).
- d. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud (Enrique Barmaimon 2017).
- e. La rehabilitación básica.

- f. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos (Enrique Barmaimon 2017).
- g. La atención paliativa a enfermos terminales.
- h. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada (Enrique Barmaimon 2017).
- i. La atención a la salud bucodental.⁽³⁹⁾

OBJETIVOS

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas (Enrique Barmaimon 2017).

Una Atención Primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios (Enrique Barmaimon 2017).⁽⁴⁰⁾

CARACTERISTICAS

Los atributos básicos de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia (Enrique Barmaimon 2017).⁽⁴¹⁾

- La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales económicas, culturales y emocionales (Enrique Barmaimon 2017)
- .La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria (Enrique Barmaimon 2017).
- La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%) (Enrique Barmaimon 2017).
- La **longitudinalidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero (Enrique Barmaimon 2017) ⁽⁴²⁾

CENTRO DE SALUD SANTIAGO

: .El Centro de Salud de Santiago es un espacio de atención primaria en el distrito, fue fundada el 10 de agosto de 1960 clasificada como un Centro de Salud con camas de internamiento Categoría I-4 con la Dirección de Panamericana Sur Km 317 Santiago atiende las 24 horas El centro de salud tiene acceso a recursos y ofrece servicios básicos tales como la guardia general y algunas especialidades comunes medicina, Odontología, Obstetricia y servicio de Ecografía también cuenta con médicos, enfermeras, farmacéutico, Biólogo y técnicos para ayudar a dar el mejor tratamiento disponible

Los centros de salud son los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades así como también en los distritos barriales y municipales. Esto quiere decir que mientras en algunas regiones los centros de salud son el único espacio disponible para recibir atenciones del tipo, en otros lugares como en las grandes ciudades los centros de salud conviven de manera adecuada con otros centros de salud más importantes como hospitales, sanatorios, nosocomios, etc.

Normalmente, cuando se presentan Patologías o urgencias especialidades más complejas como diferentes tipos de cirugía no se encuentran presentes en el espacio del centro de salud y los casos que requieran de tal atención son siempre derivados a los hospitales, sanatorios o clínicas más cercanos para permitir que la persona sea allí atendida con mayor eficacia.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD.

La calidad es una herramienta básica para la propiedad inherente de cualquier cosa que permite que la misma sea comparada con cualquier otra de su misma especie (Iriarte Cerdán 2007).

CALIDAD TOTAL

La calidad total es el estadio más evolucionado dentro de las sucesivas transformaciones que ha sufrido el término calidad a lo largo del tiempo (Mauricio Zarazua 2005).

CENTRO DE SALUD

Es un edificio destinado a la atención sanitaria de la población.

EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS⁶)

Es el equipo responsable de la salud de un número determinado de familias ubicadas en una zona territorial delimitada sin tener en cuenta la raza, clase social o cualquier otro factor que resulte discriminatorio.

GESTION

Gestión es la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades)

GESTION ADMINISTRATIVA

Sistema o serie de actividades estratégicas y procedimentales para la realización de los procesos de gestión y el logro de los objetivos previstos por la institución o la empresa.

GESTION DE LA CALIDAD

Gestión de calidad tiene significados específicos dentro de cada sector del negocio. Esta definición, que no apunta al aseguramiento de la buena calidad por la definición mas general sino a garantizar que una organización o un producto sea consistente, tiene cuatro componentes.

GESTION INSTITUCIONAL

Conjunto de coordinaciones y actividades estratégicas que realiza el director o presidente de una institución con otras instituciones sociales con el propósito de lograr objetivos institucionales y de proyección a la comunidad (Sergio Carrasco 2002).

MODELO DE ATENCION INTEGRAL

Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige – más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados – a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Modelo de gestión: es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

1.4 MARCO LEGAL

Ley N° 26842: Ley General de Salud.

Ley N° 27657: Ley del Ministerio de Salud

Ley N° 27867: Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus
Modificatorias

Decreto Supremo N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento
de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Decreto Supremo N° 013-2006/SA que aprueba el Reglamento
de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Situación Problemática

El presente trabajo es importante por el desafío de transformar las capacidades y competencias de nuestro personal de salud que implica construir consensos para el cambio en el pre grado, con el fin de garantizar estas nuevas capacidades en los que van egresar, de la misma manera en el posgrado permitiendo que los trabajadores actualmente disponibles en los servicios del sistema de salud logren desarrollar nuevas capacidades y competencias.

Sobre las bases de estos desafíos que emergen como necesidad de desarrollar entre otros elementos, estrategias de atención y capacidades críticas, para transformar los servicios y escenarios de capacitación basados en los servicios y hacer un proyecto que permita hacer una mejora continua de los servicios que se prestan.

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

a. Problema General

¿En qué medida la gestión de la calidad se relaciona con la calidad en la Atención Integral de Salud en el Centro de Salud de Santiago?

b. Problemas específicos

1. ¿De qué manera se identifica la relación que existe entre la calidad del servicio y la característica de la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago?
2. ¿Cómo se determina la relación que existe entre la percepción de la calidad y la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago?
3. ¿Cuál es la relación entre la Gestión de la calidad y la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago?

2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El centro de salud, brinda un servicio indispensable para la comunidad que vive en la zona, es necesario cumplir con las características específicas del sector para poder brindar una mejor calidad de vida a los usuarios, la principal razón para llevar a cabo este proyecto, es el interés de la población las cuales se han estado esforzando para poder tener una mejor calidad de vida, si vemos una problemática de cerca, claramente se puede observar como la mentalidad de las personas en las zonas rurales es diferente a las formas de pensar en la ciudad.

La salud en la ciudad representa solo un servicio al cual podemos acudir y obtener beneficios de él, en cambio en las

zonas rurales como Santiago hablar del centro de salud, es una preocupación y un tema de primera importancia. Para lograr una Atención de calidad en el Centro de Salud, solo se podrá conseguir con un trabajo corporativo y gestión administrativa eficaz y de mejora continua al servicio que se da en el Centro de Salud.

En Perspectiva considero que el presente estudio contribuirá al mejoramiento de la eficiencia y productividad en la atención del centro de salud.

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar la gestión de la calidad de la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago

2.4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la relación que existe entre la calidad del servicio y la característica de la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago
2. Determina la relación que existe entre la percepción de la calidad y la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago
3. Relacionar la Gestión de la calidad y la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago

2.5 HIPÓTESIS

La gestión de la Calidad se relaciona directamente con la Atención Integral de Salud en el Centro Salud de Santiago

a. Hipótesis Nula

La gestión de la Calidad NO se relaciona directamente con la Atención Integral de Salud en el Centro Salud de Santiago.

b. Hipótesis Alternativa

La gestión de la Calidad se relaciona directamente con la Atención Integral de Salud en el Centro Salud de Santiago

2.6 VARIABLES

a. Identificación de variables

a.1 Variable dependiente

Gestión de la calidad

a.2 Variable Independiente

Atención Integral de Salud

b. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Naturaleza	Escala	Indicador	Instrumento
Variable dependiente Gestión de la calidad	Servicios que se ofrecen, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente ...	Cuantitativa Cualitativa	Ordinal	-Calidad del servicio -Dimensión de la calidad -Percepción de la Calidad	Informes Encuestas
Variable Independiente Atención Integral de Salud	Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”	Cuantitativa Cualitativa	Ordinal	- Característica de la Atención -Atención del personal de salud -Nivel de satisfacción	Informes Encuestas

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Tipo, Nivel y Diseño de la Investigación

Tipo es una investigación aplicada, de nivel descriptivo y explicativo transversal porque se buscó especificar las mediciones y evaluar aspectos, dimensión y componentes del estudio, porque va determinar el grado de relación que pueden tener las variables de la Investigación

Diseño de estudio corresponde al diseño NO experimental, el estudio se realizó mediante la observación, registro y análisis de las variables

3.2 Población y muestra

La población fue de acuerdo a las atenciones del Centro de salud; en consulta externa de 768 pacientes nuevos adultos y en atenciones de emergencias de 361 pacientes adultos

El diseño muestral a emplear es de tipo al azar estratificado calculando un tamaño de muestra para cada uno de las atenciones en consulta externa de 230 pacientes y para atenciones en emergencia 108 pacientes la fórmula aplicada fue :

$$N = \frac{Z^2 N p q}{E^2(N-1) + z^2 p q}$$

Se considera un nivel de confianza del 95 %, un error de 5 % un valor de $p = 0.5$ y $q = 0.5$

CAPITULO IV

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

4.1 Técnicas de recolección de datos

Se realizaron dos encuestas a los pacientes que llegaron al servicio de consulta externa y los pacientes que llegaron a emergencia

4.2 Instrumentos de recolección de datos

Se elaboraron dos encuestas, una encuesta para atención en consulta externa otra para atención en emergencia

Encuesta No 1 adaptada a la consulta externa.

NN No..... Edad..... Sexo..... Grado de instrucción.....

1. El personal de informes le orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
2. La consulta con el medico se realiza en el horario programado
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
3. Su historia clínica se encuentra disponible para su atención en el consultorio
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
4. La atención en caja o el modulo del Seguro Integral (SIS) es rápida
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
5. La atención en farmacia de consulta externa es rápida
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
6. El médico que atendió su problema de salud le inspiro confianza
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo

- e. Totalmente de acuerdo
- 7. El médico que le atendió muestra interés en solucionar su problema de salud
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
- 8. El médico le explico a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
- 9. La señalización de la consulta Externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes acompañantes
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
- 10. Los consultorios cuentan con los equipos y materiales necesarios para su atención
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

Encuesta No 1 adaptada a la atención en emergencia.

NN No..... Edad..... Sexo..... Grado de instrucción.....

- 1. Los pacientes son atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
- 2. Su atención en emergencia esta a cargo del médico
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
- 3. La farmacia de emergencia cuenta con medicamentos que receta el médico
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
- 4. La atención en caja o el módulo de admisión es rápida
 - a. Totalmente de acuerdo

- b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
5. La atención en farmacia de emergencia sea rápida
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
6. Durante su atención en emergencia se respete su privacidad
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
7. El personal de emergencia le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
8. El médico le explica a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
9. La Emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
10. Los ambientes del servicio de emergencia sean limpios, cómodos y acogedores
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. Medianamente de acuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. Medianamente en desacuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

4.3 Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de

Resultados

El tipo de análisis que se ha aplicado es el estadístico a nivel descriptivo y comparativo se calculado las

Los datos se recogieron inicialmente en una plantilla creada al efecto, de donde fueron llevadas a una base de datos del programa SPSS, versión 22, mediante el cual se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

Se aceptará el nivel de alfa menor que 0,05 para reconocer significación estadística.

Los resultados se llevaron a tablas y gráficos para su mejor análisis.

CAPITULO V

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

a. Hipótesis Nula

La gestión de la Calidad NO se relaciona directamente con la Atención Integral de Salud en el Centro Salud de Santiago

b. Hipótesis Alterna

La gestión de la Calidad se relaciona directamente con la Atención Integral de Salud en el Centro Salud de Santiago

Se acepta la Hipótesis alterna de acuerdo al Objetivo General

- Analizar la gestión de la calidad de la Atención Integral en el Centro de Salud de Santiago

Descriptor: Identificar

Subdescriptores:

- Identifica y Conoce los servicios que se prestan
- Reconoce y cuantifica los servicios que se dan en el Centro de Salud

Descriptor: Percepción

Subdescriptores:

- Creencias alrededor de los servicios prestados
(Ideas Asumidas)
- Opinión de los servicios médicos brindados
- Significado para el usuario de los servicios médicos del
Centro de Salud

Descriptor: Satisfacción de usuario

Subdescriptores:

- Rapidez de la atención médica
- Cualificación de los médicos que atienden los servicios
de salud
- Planes de Contingencia para emergencias de salud
- Cualificación del personal No médico y del servicio que
Reciben los usuarios del Centro de Salud

CAPITULO VI

PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 PRESENTACION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO N° 1

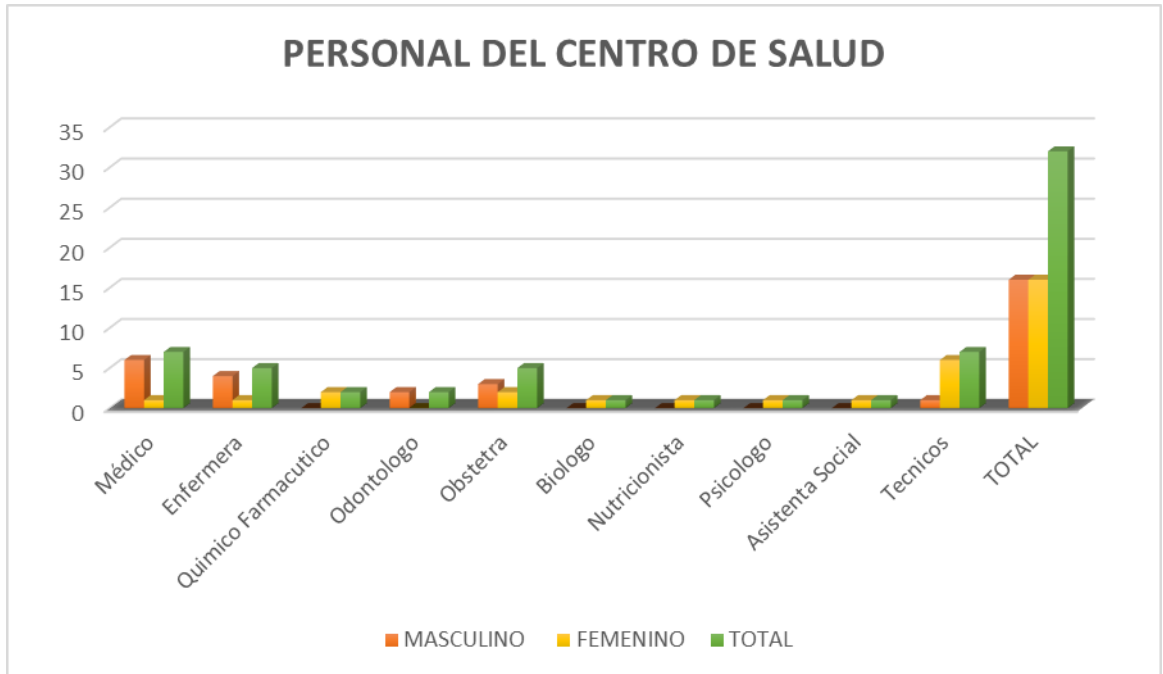
PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

Personal	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Medico	6	1	7
Enfermera	4	1	5
Químico Farmacéutico	-	2	2
Odontólogo	2	-	2
Obstetra	3	2	5
Biólogo	-	1	1
Nutricionista	-	1	1
Psicólogo	-	1	1
Asistente social	-	1	1
Técnicos	1	6	7
Total	16	16	32

DE LA INVESTIGACION

El personal del Centro de salud está compuesto por 25 profesionales de la salud y siete técnicos de Salud, haciendo un total de 32 personas

GRAFICO No1



CUADRO N° 2

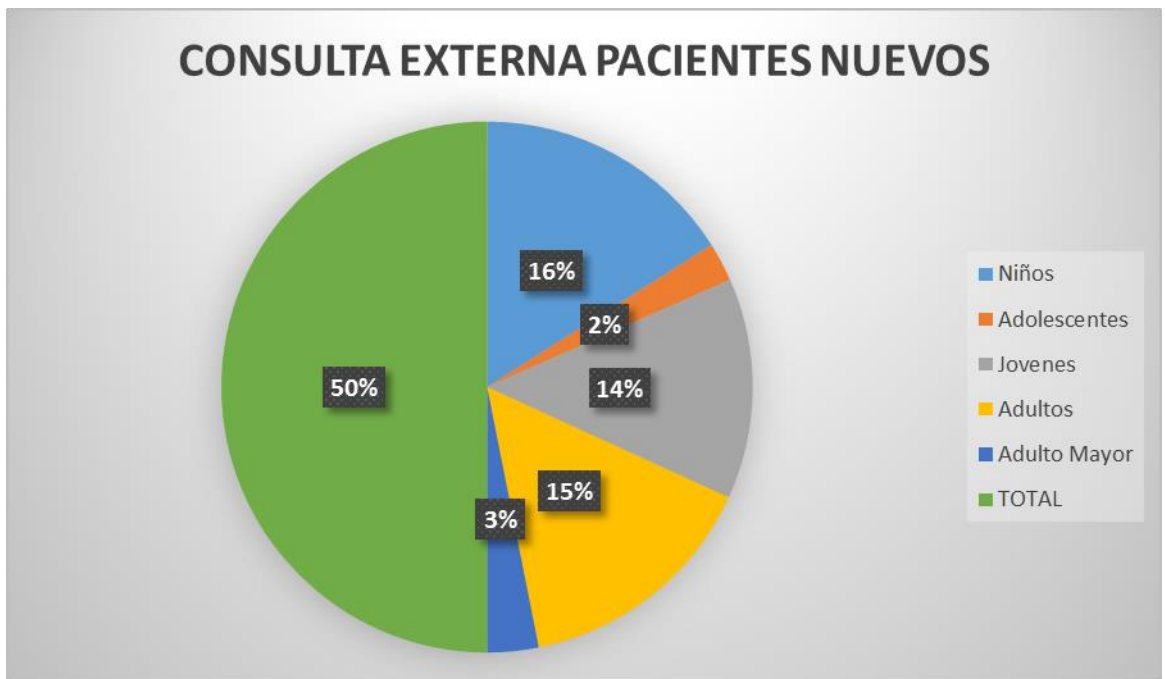
POBLACIÓN DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD CONSULTA EXTERNA PACIENTES NUEVOS

Sexo Pacientes	Masculino	%	Femenino	%	
Niños	149	14	187	17	336
Adolescentes	22	2	23	2	45
Jóvenes	125	12	116	11	241
Adultos	140	13	241	23	381
Adulto mayor	29	3	26	3	55
TOTAL	465	44	593	56	1058

DE LA INVESTIGACION

De 1058 pacientes nuevos entre niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor, se considera para la muestra adultos y adultos mayor 230 Pacientes de los cuales 101 (44 %) del sexo masculino y 129 (56 %) del sexo Femenino.

GRAFICO No 2



CUADRO N° 3

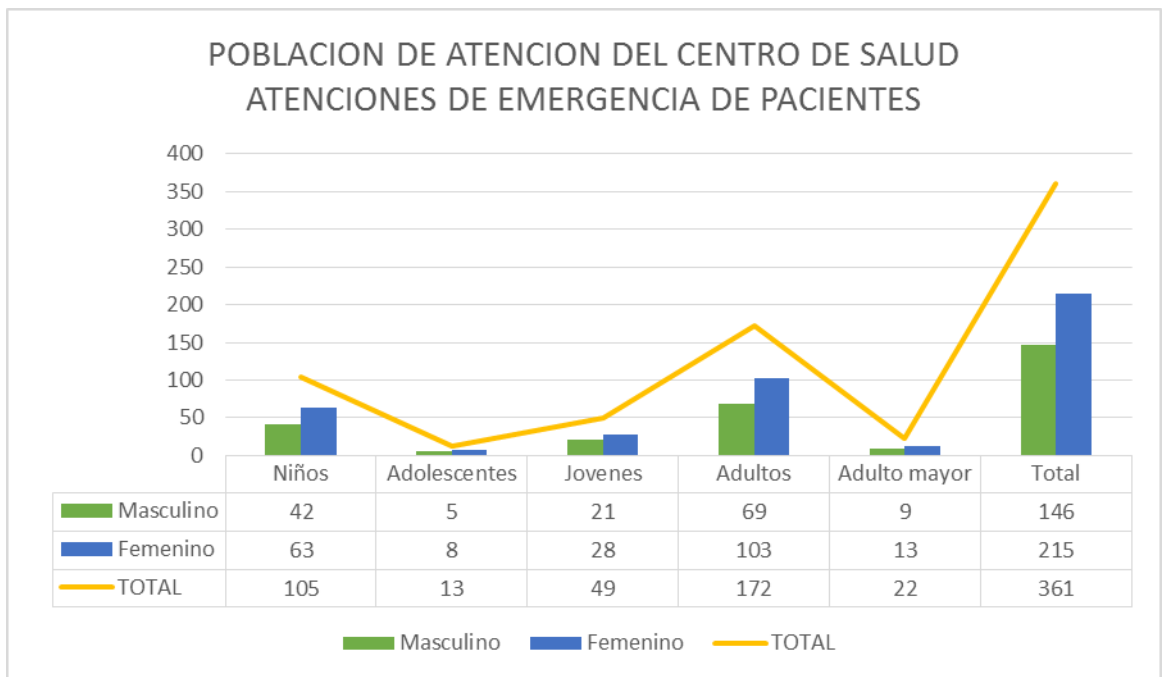
POBLACION DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD ATENCIONES DE EMERGENCIA DE PACIENTES

Sexo	Masculino	%	Femenino	%	Total
Pacientes					
Niños	42	12	63	17	105
Adolescentes	5	1	8	2	13
Jóvenes	21	6	28	8	49
Adultos	69	19	103	29	172
Adulto mayor	9	2	13	4	22
TOTAL	146	40	215	60	361

DE LA INVESTIGACION

De 361 pacientes entre niños, adolescentes, jóvenes, Adultos y adulto mayor, se considera para la muestra Adultos y adultos mayor 108 Pacientes de los cuales 43 (40 %) del sexo masculino y 65 (60 %) del sexo Femenino.

GRAFICO No 3



**RESULTADO DE LA ENCUESTA A PACIENTES DE
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD**

CUADRO N° 4

El personal da informes orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa

Variables	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	10	4	12	5	22
Medianamente de acuerdo	48	21	60	26	108
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	9	33	14	53
Medianamente en desacuerdo	16	7	13	6	29
Totalmente en desacuerdo	7	3	11	5	18
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Observando los resultados del cuadro No 4 se puede decir que 108 pacientes (47%) contestaron Medianamente de acuerdo en la encuesta que el personal da informes orienta y explica de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa con Totalmente de acuerdo 22 pacientes (9 %) y 53 (23 %), 29 (13%), y 18 (8 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo, Totalmente de acuerdo respectivamente.

CUADRO N° 5

La consulta con el medico se realiza en el horario programado

Variables	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	97	42	109	47	206
Medianamente de acuerdo	2	1	3	1	5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	1	9	4	11
Medianamente en desacuerdo	0	0	3	1	3
Totalmente en desacuerdo	0	0	5	2	5
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 5 se puede decir que 206 pacientes (89 %) contestaron en la encuesta que La consulta con el medico se realiza en el horario programado en atención en consulta externa con 5 pacientes (2 %) y 11 (5 %), 3 (1 %), y 5 (2 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo, Totalmente de acuerdo respectivamente.

CUADRO N° 6

La historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio

Variable	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	9	4	19	8	28
Medianamente de acuerdo	41	18	44	19	85
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	30	13	28	12	58
Medianamente en desacuerdo	9	4	23	10	32
Totalmente en desacuerdo	12	5	15	7	27
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 6 contestaron en la encuesta que la historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo el 113 pacientes (49 %), mientras que 117 pacientes (51%) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 7

**La atención en caja o el modulo del Seguro Integral (SIS)
es rápida**

Variable	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	26	11	27	12	53
Medianamente de acuerdo	32	14	39	17	71
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	10	28	12	50
Medianamente en desacuerdo	11	5	30	13	41
Totalmente en desacuerdo	10	4	5	2	15
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 7 contestaron en la encuesta La atención en caja o el modulo del Seguro Integral (SIS) es rápida, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 53 pacientes (23 %) 71 pacientes (31 %) respectivamente mientras que 106 pacientes (46 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO NO 8

La atención en farmacia de consulta externa es rápida

Variable	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	20	9	30	13	50
Medianamente de acuerdo	66	29	73	32	139
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	1	8	3	11
Medianamente en desacuerdo	9	4	13	6	22
Totalmente en desacuerdo	3	1	5	2	8
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 8 contestaron en la encuesta la atención en farmacia de consulta externa es rápida totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 189 pacientes (83 %), mientras que 41 pacientes (17 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 9

El médico que atiende su problema de salud le inspira confianza

Variables	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	62	27	34	15	96
Medianamente de acuerdo	27	12	63	27	90
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	2	11	5	16
Medianamente en desacuerdo	4	2	13	6	17
Totalmente en desacuerdo	3	1	8	3	11
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 9 contestaron en la encuesta el médico que atiende su problema de salud le inspira confianza totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 186 pacientes (81 %), mientras que 44 pacientes (19 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 10

El médico le explica a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos (Emilio Cabello 2012).

Variable	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	22	10	53	23	76
Medianamente de acuerdo	67	29	43	19	109
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	1	10	4	14
Medianamente en desacuerdo	6	3	17	7	22
Totalmente en desacuerdo	3	1	6	3	9
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 10 contestaron en la encuesta El médico le explica a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 185 pacientes (80 %), mientras que 46 pacientes (20 %) en lo

que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo (Emilio Cabello 2012).

CUADRO N° 11

La señalización de la consulta Externa (carteles, letreros y flechas) son los adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes (Emilio Cabello 2012).

Variables	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	62	27	76	33	138
Medianamente de acuerdo	23	10	27	12	50
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	4	14	6	23
Medianamente en desacuerdo	4	2	12	5	16
Totalmente en desacuerdo	3	1	0	0	3
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 11 contestaron en la encuesta La señalización de la consulta Externa (carteles, letreros y flechas) son los adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes (Emilio Cabello 2012), totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 188 pacientes (82 %), mientras que 42 pacientes (18 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo (Emilio Cabello 2012).

CUADRO N° 12

Los consultorios cuentan con los equipos y materiales necesarios para su atención

Variables	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	82	35	94	40	176
Medianamente de acuerdo	13	6	23	10	36
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	1	4	2	6
Medianamente en desacuerdo	2	1	6	3	8
Totalmente en desacuerdo	2	1	2	1	4
Total	101	44	129	56	230

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 12 contestaron en la encuesta Los consultorios cuentan con los equipos y materiales necesarios para su atención, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 212 pacientes (92 %), mientras que 18 pacientes (8 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

**RESULTADO DE LA ENCUESTA A PACIENTES DE
EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD**

CUADRO N° 13

Los pacientes son atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa

Variables	Masculino	%	Femenino	%	Total
Totalmente de acuerdo	29	27	49	45	78
Medianamente de acuerdo	11	10	13	12	24
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	2	1	1	3
Medianamente en desacuerdo	1	1	1	1	2
Totalmente en desacuerdo	0	0	1	1	1
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 13 contestaron en la encuesta Los pacientes son atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 102 pacientes (94 %), mientras que 6 pacientes (6 %) en lo que corresponde Ni de

acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 14

Su atención en emergencia está a cargo del médico

Variables	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	31	28	46	33	77
Medianamente de acuerdo	6	6	12	20	18
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	2	2	2	4
Medianamente en desacuerdo	2	2	3	3	5
Totalmente en desacuerdo	2	2	2	2	4
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 14 contestaron en la encuesta Los pacientes son atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 95 pacientes (88 %), mientras que 13 pacientes (12 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 15

La farmacia de emergencia cuenta con medicamentos que receta el médico

Variable	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	22	20	36	33	56
Medianamente de acuerdo	12	11	22	20	36
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	2	2	5
Medianamente en desacuerdo	4	4	3	3	7
Totalmente en desacuerdo	2	2	2	2	4
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 15 contestaron en la encuesta La farmacia de emergencia cuente con medicamentos que receta el médico, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 92 pacientes (85 %), mientras que 16 pacientes (15 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 16

La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida

Variable	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	21		46		67
Medianamente de acuerdo	15		12		27
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4		4		8
Medianamente en desacuerdo	2		2		4
Totalmente en desacuerdo	1		1		2
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 16 contestaron en la encuesta La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 94 pacientes (87 %), mientras que 14 pacientes (13 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 17

La atención en farmacia de emergencia fue rápida

Variables	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	35	32	51	47	86
Medianamente de acuerdo	6	6	12	11	18
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0	2	2	2
Medianamente en desacuerdo	2	2	0	0	2
Totalmente en desacuerdo	0	0	0	0	0
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 17 contestaron en la encuesta La atención en farmacia de emergencia fue rápida, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 104 pacientes (96 %), mientras que 4 pacientes (4 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 18

Que durante su atención en emergencia se respetó su privacidad

Variables	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	21	19	46	42	67
Medianamente de acuerdo	15	14	12	11	27
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4	4	4	8
Medianamente en desacuerdo	2	2	2	2	4
Totalmente en desacuerdo	1	1	1	1	2
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 18 contestaron en la encuesta Que durante su atención en emergencia se respetó su privacidad, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 94 pacientes (87 %), mientras que 14 pacientes (13 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 19

El personal de emergencia lo escucho atentamente y le trato con amabilidad, respeto y paciencia

Variables	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	19	18	33	30	52
Medianamente de acuerdo	18	16	22	20	40
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	5	5	5	10
Medianamente en desacuerdo	0	0	2	2	2
Totalmente en desacuerdo	1	1	3	3	4
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 19 contestaron en la encuesta El personal de emergencia lo escucho atentamente y le trato con amabilidad, respeto y paciencia, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo, es de 104 pacientes (96 %), mientras que 4 pacientes (4 %) en lo que corresponde Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 20

El médico le explico a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención

Variable	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	20	19	36	33	56
Medianamente de acuerdo	16	15	22	20	38
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	3	3	6
Medianamente en desacuerdo	3	3	2	2	5
Totalmente en desacuerdo	1	1	2	2	3
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 20 contestaron en la encuesta El personal de emergencia lo escucho atentamente y le trato con amabilidad, respeto y paciencia, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo 94 pacientes (87 %), mientras que 6 pacientes (13 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 21

La Emergencia cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes

Variables	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	11	10	26	24	37
Medianamente de acuerdo	25	23	32	30	57
Ni de acuerdo ni en Desacuerdo	3	3	4	4	7
Medianamente en desacuerdo	2	2	2	2	4
Totalmente en desacuerdo	2	2	1	1	3
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 21 contestaron en la encuesta El personal de emergencia lo escucho atentamente y le trato con amabilidad, respeto y paciencia, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 94 pacientes (93 %), mientras que 6 pacientes (7 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

CUADRO N° 22

Los ambientes del servicio de emergencia están limpios, cómodos y acogedores

Variables	Femenino	%	Masculino	%	Total
Totalmente de acuerdo	11	10	22	20	67
Medianamente de acuerdo	25	23	36	33	27
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4	4	4	8
Medianamente en desacuerdo	2	2	2	2	4
Totalmente en desacuerdo	1	1	1	1	2
Total	43	40	65	60	108

DE LA INVESTIGACION

Los resultados del cuadro No 22 contestaron en la encuesta Los ambientes del servicio de emergencia están limpios, cómodos y acogedores, totalmente de acuerdo, Medianamente de acuerdo es de 94 pacientes (93 %), mientras que 6 pacientes (7 %) en lo que corresponde Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Medianamente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo.

6.1 Discusión

En la atención del Centro de salud intervienen 32 personas de los cuales son 7 médicos, 18 profesionales de la salud (Químicos Farmacéuticos, Odontólogos, Obstetras, Biólogo, Nutricionista, Psicólogo y Asistente social) y 7 técnicos; durante la investigación en consulta externa se atendieron 1058 pacientes nuevos entre niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor, se consideró una muestra de 230 Pacientes adultos 101 (44 %) del sexo masculino y 129 (56 %) del sexo Femenino

De la Atención de 361 pacientes entre niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor, se considera para la muestra 108 Pacientes adultos de los cuales 43 (40 %) del sexo masculino y 65 (60 %) del sexo Femenino (Emilio Cabello 2012). El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa, la consulta con el medico se realizó en el horario programado, su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención, la atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) fue rápida, la atención en farmacia fue rápida, El médico que le atendió le inspiró confianza, el médico que le atendió mostró interés para solucionar su problema de salud, el médico le explicó a Ud. o a sus familiares en

palabras fáciles de entender el tratamiento que recibió (Emilio Cabello 2012): tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos, la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes, los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención (Emilio Cabello 2012).

En el servicio de emergencia Ud. o su familiar fue atendido inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa, Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico, la farmacia de emergencia contó con los medicamentos que receto el médico, la atención en caja o el módulo de admisión fue rápida, la atención en farmacia de emergencia fue rápida, durante su atención en emergencia se respetó su privacidad, el personal de emergencia le escuchó atentamente y trato con amabilidad, respeto y paciencia, el médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención, el servicio de emergencia contó con el personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes, los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios, cómodos y acogedores (Emilio Cabello 2012).

La calidad de la atención médica, el grado en la medida que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario; el usuario que es el paciente de los servicios de salud se consideran tres niveles de necesidades de

acuerdo a la calidad, primer nivel es el de las necesidades o expectativas básicas en el cual los pacientes esperan que la asistencia sea fiable, revestida de competencia, cortesía, educación, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados adecuados a los tratamientos (Emilio Cabello 2012); segundo nivel se sitúan en el interés y disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible con atención individualizada, adecuada comunicación y una implicancia personal en los aspectos humanos del cuidado y un tercer nivel es el de la buena apariencia física de las instalaciones y del personal así como una relación costo beneficio favorable.

La calidad de servicio que recibieron los pacientes en el Centro de salud ha sido y será motivo de preocupación para todo los que desempeñan funciones en el Centro de salud también es preocupación e investigación constantes en las diversas ciudades, países y niveles de atención. Tiene una dimensión ética que le es inseparable, que va más allá de las relaciones costo- eficiencia o de satisfacción del usuario y que debe, ser reconocida aunque no pueda ser evaluada en los estudios que se hacen en la calidad de servicio.

CONCLUSIONES

1. Las valoraciones de la calidad de la atención en consulta externa, totalmente de acuerdo y medianamente de acuerdo fue entre 47 % a 92 % y en emergencia fue entre 85 % a 96 %
2. Existe una simetría básica que une la percepción del usuario a las valoraciones de la calidad de la atención en consulta externa y emergencia
3. Gestión de la Calidad y la atención integral en el Centro de Salud de Santiago en el servicio de consulta externa y emergencia tienen una relación de 90.5 % y 29.5 % mientras que la relación que no hay gestión de Calidad es de 29.5 % y 9.5 % respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer estrategias de organización para mejorar la atención y gestión de calidad en consulta externa y emergencia con mayor oportunidad y responder a las expectativas de los usuarios
2. Continuar con la valoración de las opiniones de los usuarios para que continúe la mejora de calidad asistencial, y la adecuación entre las necesidades y la provisión de servicios de salud.
3. En la Gestión de la Calidad y la atención integral en el Centro de Salud de Santiago en los servicio de consulta externa y emergencia, se deben fortalecer los puntos fuertes y disminuir los débiles del funcionamiento del servicio de acuerdo a como los perciben los pacientes o usuarios.

FUENTES DE INFORMACION

1. Gafa C. y Colb. El Modelo de atención integral de salud vs. Calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017 Gac. Sant, 2013.27849.304-309.
2. Alcañiz – Zanon M. Nuevo diseño de la encuesta de Salud de Cataluña (2010-2014): un paso adelante en planificación y evaluación Sanitaria publicado po ELVESIER España S.L. Rev. Gac. Sanitaria 2014:28(4):338-340
3. Guillermo W. Calidad de los Servicios de Salud Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Programas y Servicios de Atención de la Salud – MSAS
4. Reyes - Morales H publico Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México Sistema de salud, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca. Morelos/Vol. 55, suplemento 2 de 2013
5. Nebot-Marzal C. y col Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de salud publicado Elsevier España S.L. Rev. Calid Asist, 2014:29(1):29-35 disponible del 16 de octubre del 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.08.003>. Visitado en octubre

- 2017 Disponible del 25 de enero 2014 en:
<http://dx.doi.org/101016/j.gaceta.2013.12.004>. Visitado en
setiembre del 2017
6. Salmerón J. en el 2013 escribió Medidas del conocimiento del paciente sobre su medicamento en Farmacia Comunitaria en Portugal Grupo de investigación de Atención Farmacéutica , Facultad de Farmacia Universidad de Granada DOI: 10.1590/1413-81232014201.20952013.
 7. Andreo J.A Gestión de la calidad en medicina interna. Desde Pareto al EFQM en el 2012
 8. MURILLO c. publico Medidas de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud publicado en Elsevier GAC. Sanit. 2013.27 (4).304-309
 9. RODRÍGUEZ P. (2010). “La atención integral centrada en la persona”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. fecha de publicación: 04/11/2010
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf> visitada en junio del 2018
 10. Doménech D. Realizo un “Modelo de Atención Integral a la Salud, de Medicina Familiar y Comunitaria”. Facultad de Medicina – UDELAR. Montevideo, diciembre de 2007.
 11. La Organización Mundial de la Salud OMS: Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Basados en APS mediante la Implementación de Equipos de Salud en las Comunidades: Requerimientos de

- Equipos Básicos de Salud para Bolivia, Perú, Chile, El Salvador.
2013
12. Amador C. y Cubero O. Publico Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria Rev. Cubana de Salud Pública 36(2)175-179 La Habana 2010
13. Bustamante F. Nivel de satisfacción del usuario externo que acude al servicio de Farmacia, en un hospital del Ministerio de Salud Cajamarca Perú Rev. TZHOECOEN Edición Vol. No 1 Versión electrónica ISSN 1987-3585 <http://orcid.org/0000-0001-9496-7383> Universidad Señor de Sipan Cajamarca 2017
14. Sihuín – Tapia E. Satisfacción del usuario hospitalizado en un hospital de Apurímac, Perú Rev. PERU MED EXP SALUD PUBLICA Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Nacional Micaela Bastidas 32(2)299-302 Apurímac 2015
15. Cabello E. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuario externo en servicios de salud Rev. Med. Hered. 23 (2):88-95 www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid.30X2012000200003 Universidad Cayetano Heredia Lima 2012
16. Casalino - Carpio G. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un Hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual Universidad Cayetano Heredia Rev. Soc. Perú Med. Interna. Vol. 21 (4) Lima 2008

17. Ministerio de Salud (MINSA): “Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria”
www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s3/III-1.%20PROFAM.pdf
ministerio de salud Lima 2008.
18. Campos R. Calidad de servicio percibido según modelo del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los pacientes, 2008 Rev. Enferm.. vanguard.. 2013;1(1):16-20
19. OPS/GORE-ICA/UNICA: “Desarrollo de Capacidades para la Atención Integral en Salud: Una Experiencia Innovadora”. (Ica, Junio 2009)5.
20. Ramos B. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
21. Colectivo de Autores. Proyecto Manual de Administración Hospitalaria. La Habana: MINFAR;2003.[Jefatura de Logística].
22. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública para el 2015. La Habana. MINSAP; 2005.
23. Moreno Rodríguez M. El Arte y la Ciencia del Diagnóstico Médico. La Habana: Editorial Ciencias Técnicas;2001.
24. Tigani D. Dimensiones de la calidad del servicio. Rev Fundación Latinoamericana para la Calidad. 2002.
25. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud

- Pública [serie en Internet]. 1996 [citado 30 de marzo de 2008]; 22(1).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000100008&lng=es visitado en Julio del 2018
26. Cabrera G., Bello L., Londoño J.. Calidad percibida por usuarios de hospitales del programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Rev Salud Publica* 2008;10(4):593-6049.
27. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract* 2000; 17: 21-29.
28. Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del *marketing*. *Cuad Adm Bogotá* 2007;20(34):237-258
29. Sohi S, Hole A, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, *et al*. What patients want from primary care consultations: A discrete choice experiment to identify patients' priorities? *Ann Fam Med* 2008; 6:107-11512.
30. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009;59:268-275
31. Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12

32. Puig A, Pagán JA, Wong R. Assessing quality across health care subsystems in Mexico. *J Ambul Care Manage* 2009;32(2):123-131.
33. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Lechuga Martín del Campo D, Torres Carreño E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Publica* 2003;12(4):229-238.
34. Nigenda G, Juárez C, Ruiz J, Duarte M, Bonilla P, Aguilar E, *et al.* Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006-2007. Cuernavaca: Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública, 2008
35. González M, Nigenda G, Téllez M, Trejo B, González L, Herrera C, *et al.* Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2007. Resumen ejecutivo. Cuernavaca: Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
36. Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012:19.
37. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández M, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006
38. Secretaría de Salud. Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) [sitio de internet]. México: Secretaría de Salud, 2008. [Consultado

- 2012 dic 8]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf.
39. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Desarrollo de guías de práctica clínica [sitio de internet]. México: Secretaría de Salud, 2008. [Consultado: 2012 dic 8]. Disponible en: http://www.cenetec.gob.mx/interior/gaceta10/desarrollo_gpc.html.
40. López P, García A, Segredo A, Alonso-Carbonell L, Santana-Felipe A. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. RevCub Salud Pub. [Internet]. 2014 [consultado 16 Abr 2017]; 40. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-34662014000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es11>.
41. Ministerio de Salud Pública. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador ---- SIISE. Quito, Ecuador: MSP; 2011.12.
42. Ministerio de Salud Pública. Manual operativo. Red nacional integrada de servicios de salud. Quito, Ecuador: MSP; 2013.13.
43. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública Méx [Internet]. 2011 [consultado 18 Mar 2016];53(Supl.2): s177-s187. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=en14>.

44. Colectivo de autores. *Medicina General Integral*. 2da ed., aumentada y corregida. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.116.15.
45. Naranjo J, Delgado A, Rodríguez-Cruz R, Sánchez-Pérez Y. Considerations on the Model of Comprehensive Health Care in Ecuador. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2014 [consultado 16 Abr 2017]; 30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es16.
46. López-Cevallos D, Chi Ch, Ortega F. Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desdeña perspectiva de equidad. *Rev. Salud Pública.* [Internet]. 2014;16:347---60, <http>
47. Cabello, E., & Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, XXIII (02), 88 - 95.
48. Guerra, D. E. (2011). *Guía Técnica para evaluar el nivel de satisfacción del usuario externos que acude a los establecimientos de salud*. Guía Técnica para evaluar el nivel de satisfacción del usuario externo.
49. Huerta, E. *Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de medicina del Servicio de Emergencia del Hospital*

- Nacional Arzobispo Loayza, Lima.* Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015
50. MINSA *Encuesta de Satisfacción Aplicada en Usuarios Externos de Emergencia SERVQUAL, en el Hospital María Auxiliadora.* Lima. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR15/SERVQUAL14/SERVQUAL-EMERGENCIA-2014.pdf>. 2014.
51. OMS. (2002). *Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.* Organización Mundial de la Salud.
52. Gómez, J. (2012). Evaluación de la calidad de atención desde la perspectiva del usuario externo C. S Tarata. (Tesis Magíster). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima
53. Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios.* Cambridge:
54. PNUD. El indicador de desarrollo humano en el mundo [sitio en Internet]. 2008 15 de junio de 2008. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Content.pdf
55. . Narey B. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2004.
56. Oficina Nacional de Normalización. Aseguramiento metrológico. La Habana: Oficina; 2003.
57. Tigani D. Dimensiones de la calidad del servicio. Rev Fundación Latinoamericana para la Calidad. 2002.

58. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev. Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 1996 [citado 30 de marzo de 2008]; 22(1). Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 - 34661996000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es)
59. Ward K, Rolland E, Paterson R. Improving outpatient health care quality: Understanding the quality dimensions. Health Care Manage Rev 2005; 30:361-71.
60. Mostafa M. An Empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. Int J Health Care Quall Assure 2005; 18: 516-32.
61. León M. Perceptions of health care quality in Central America. Int J QuallHealth Care 2003; 5: 67-71.
62. Youssef F, Nel D, Bovaid T. Service quality in NHS hospitals. J Manag Med 1995; 9: 66-74.
63. Miyahira J. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? [Editorial]. Rev. Med Hered 2001; 12: 76-7.
64. Kenagy J, Berwick D, Shore M. Service quality in health care. JAMA 1999; 281: 661-5.
65. Stepke F. Principios bioéticos y calidad de la atención médica. En: Stepke, F Lolas, editor. Ética e innovación tecnológica. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. 1ra Edición Universidad

- de Chile; Santiago de Chile 209-15. 2006:Med;66:127-41. Lima
2005
66. Acosta Z. Percepción de la calidad de atención en los consultorios
externos de medicina desde la perspectiva de la satisfacción de los
usuarios del
67. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2002. [Tesis de Maestría]
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2002.
68. Núñez Z. Estudio de evaluación de la calidad de servicio de los
consultorios externos del servicio de medicina del HNAL Lima
2006. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2006.
69. Ricci V. Calidad de servicio percibida por los usuarios de la consulta
externa de Medicina Interna del Hospital Nacional Hipólito Unanue,
2005 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2007.
70. Pérez N. Calidad de servicio en la consulta externa de Neurología
del Hospital Nacional Arzobispo Loayza desde la percepción de los
usuarios externos, Lima 2006. Universidad Peruana Cayetano
Heredia, Lima, 2006.
71. Arteaga B. Calidad de servicio en consulta externa de medicina del
Hospital Regional Docente de Trujillo desde la perspectiva del
usuario externo, Trujillo 2004. Universidad Peruana Cayetano
Heredia, Lima, 2004.
72. Joaquín R. Calidad de servicio según la satisfacción del usuario de
la consulta del servicio de medicina del Hospital II - EsSalud

- Chocope, La Libertad, Perú 2004. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2004.
73. Aphanh M, Casas J. Calidad de la atención en la consulta ambulatoria de Medicina Interna en el Hospital Arzobispo Loayza. HAL Revista Científica del Cuerpo Médico del Hospital Arzobispo Loayza 1977;2:24-8.
74. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. An Fac Med Lima 2005; 66:127-41.
75. Acosta Z. Percepción de la calidad de atención en los consultorios externos de medicina desde la perspectiva de la satisfacción de los usuarios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2002. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 2002.
76. Tso I, Ng S, Chang C. The development and validation of the concise outpatient department user satisfaction scale. Int J Qual Health Care; 18:275-80. 2006
77. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998; 40: 3-12.
78. Brook R, Kamberg C, McGlynn E. Health system reform and quality. JAMA 1996; 276:476-80.
79. Casalino L. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. NEJM 1999; 341:1147-50.

