



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

La satisfacción del usuario.

**Percepción entorno al servicio de internación del Sanatorio Avellaneda Santa Fe
2018**

Nombre y apellido del Maestrando: Medica María de los Milagros Abraham

Director del trabajo: Mgr. Juan Hermann

Avellaneda. Santa Fe, 2020

ÍNDICE

1. Resumen. Palabras clave.	3
2. Introducción	4
3. Situación problemática	5
4. Objetivos de la investigación	7
5. Marco teórico	7
5.1. El usuario de los sistemas de salud	7
5.2. La calidad	8
5.2.1. Historia y evolución del concepto de calidad	9
5.2.2. Determinantes de la calidad	13
5.3. La percepción del usuario	15
5.4. La satisfacción del usuario	15
6. El abordaje metodológico	17
6.1. Tipo de estudio	17
6.1.1. Dimensiones	18
6.1.2. Variables	18
6.1.3. Universo y muestra	19
6.1.4. Fuentes	21
6.1.5. Momento de trabajo de campo	21
6.1.6. Plan de análisis	22
7. Resultados	22
7.1. De la dimensión de elementos tangibles	22
7.2. Evaluación de fiabilidad	25
7.3. Evaluación de la capacidad de respuesta	26
7.4. Evaluación de seguridad	27
7.5. Evaluación de empatía	28
8. Discusión	29
9. Propuesta	32
10. Bibliografía	33
11. Anexo 1	35

11.1. Tamaño de la muestra	35
11.2. Historia y estructura de la institución	35
11.3. Organigrama	39
12. Encuesta	42
13. Anexo 2	43
13.1. Presentación de resultados de la encuesta	43

1. Resumen

La calidad en los sistemas de salud es una compleja ecuación cuyo denominador común es la percepción del usuario. Es así que, para analizar el nivel de calidad en las prestaciones de una institución de salud, para gestionar mejoras y para superar la oferta es necesario conocer la visión concreta del usuario.

El objetivo de este trabajo es valorar esta percepción, partiendo de una encuesta basada en los atributos de la calidad. Los otros parámetros que puntualizan el proyecto son el tiempo, el grupo de usuarios determinado y la entidad: el Sanatorio Avellaneda, ubicado en la ciudad homónima, en la provincia de Santa Fe.

Una vez realizado este paso, se tabularon los resultados para tener una mirada abarcativa del nivel de calidad en tanto de percepción de los usuarios, sobre la dimensión de elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía. Con esta información se realizaron los gráficos pertinentes que permitan una óptima visualización y análisis.

La discusión sobre los resultados llevó por un lado a constatar un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios en todos los aspectos señalados. Por otro lado, implicó la necesidad de compartir la información con las autoridades de la unidad sanitaria a fin de promover la gestión de cambios y reformas que apunten a corregir y superar las actuales prestaciones.

Palabras clave

Usuarios de los servicios de salud. Percepción. Calidad. Satisfacción. Gestión.

2. Introducción

En el marco de la Maestría en Gestión y Servicios de salud, habría llegado la etapa final que implicaba la propuesta, desarrollo y concreción de una tesina. Ante este desafío, surgió la necesidad de enfocar la visión en un tema específico y con una propuesta original y superadora.

En el contexto social actual han venido ocurriendo cambios, modificaciones en todos los aspectos del ámbito humano. Transformaciones de una envergadura considerable y tan veloces que han provocado que la movilidad predomine sobre la estabilidad. Los servicios de salud no quedaron ajenos a esto lo cual generó la necesidad insoslayable de modificar el sistema y el modo de brindar las prestaciones, con el fin de ir adaptándose de la mejor manera a los nuevos paradigmas que fueron sucediéndose.

Reflexionando sobre esta situación fue cómo se gestaron la temática y el campo de acción del presente trabajo, optando por una mirada particular del usuario y de un servicio de salud puntual. Se trató entonces de definir la denominación del primero y de cuáles eran los cambios que necesitaba el segundo, tomando como premisa la cosmovisión más humanística que se ha impuesto en todos los espacios de atención personal. Para avanzar se revisó la definición histórica del concepto de calidad desde la percepción del usuario.

Por otra parte, se planteó el imperativo de redefinir también al “beneficiario” del servicio, entendiendo a éste como un individuo con necesidades, expectativas y subjetividades propias al ser humano, atendibles a la hora de brindar una atención óptima y personalizada. De esta manera se optó por el vocablo usuario. El mismo se explicita y desarrolla en el apartado correspondiente.

Para aplicar estos conceptos y verlos en funcionamiento, se eligió como contexto de estudio el Sanatorio Avellaneda, ubicado en la ciudad de Avellaneda, provincia de Santa Fe; institución privada creada en 1963, prestadoras del primer y segundo nivel de atención.

A partir de estas consideraciones, este trabajo se propuso como objetivos conocer el nivel de satisfacción de los usuarios partiendo de una indagación en su percepción. Esto es, una búsqueda por conocer su valoración y opinión a partir de su necesidad y expectativas enfrentadas a los servicios y atenciones recibidas.

Para abordar estas metas, se realizó una exhaustiva investigación teórica sobre los conceptos de calidad en los servicios de salud para conocer la evolución de esta concepción. Esto nos llevó a abocarnos en la información sobre la percepción y satisfacción como parámetros más ajustados a la realidad de un paradigma más humano.

De esta manera, también se investigó sobre el concepto del beneficiario del servicio a fin de justificar el uso de usuario como denominación más pertinente. Para resolver la cuestión de búsqueda y procesamiento de información sobre el objeto y campo de estudio, se estudiaron metodologías de investigación centradas en las ciencias sociales, modelos de encuestas y formatos para la presentación de la información. Se realizó así un recorrido bibliográfico de autores de distintos países (europeos, norteamericanos y latinoamericanos) especializados en los temas mencionados a fin de contar con las bases y fundamentos teóricos necesarios y pertinentes.

En definitiva, la propuesta fue por un lado redefinir las denominaciones para adecuarlas a las corrientes actuales; por otro lado, confrontar las expectativas y valoración de los usuarios con la oferta y visión del Sanatorio Avellaneda sobre sí mismo y sobre su servicio de internación. Con estos datos, se llegó a un análisis, no sólo para tener una información in situ sino también de brindar elementos para mejorar la gestión de los recursos, en un trabajo futuro como gestores ya que esta institución no cuenta al momento con dicho estudio siendo por ello de elección para el trabajo. Entre otras cosas, se pensó en aportar datos que permitiesen a los directivos de la entidad un análisis más concreto de su situación a fin de reflexionar sobre la necesidad de reinvertir en infraestructura, aparatología y servicios; aumentar la complejidad de las prestaciones y ver al usuario desde una mirada más activa y participativa en el proceso. En otras palabras, que el sanatorio pudiese redimensionarse poniendo en primer lugar la satisfacción del usuario como se expresa en su misión y, en segundo lugar, consecuencia del anterior, qué es lo que debería ofrecer para lograr la misma, de acuerdo a las actuales necesidades y cambios sociales, en forma progresiva y continua.

3. Situación problemática

La ciudad de Avellaneda tuvo su origen el 18 de enero de 1879 con la llegada, al entonces Territorio Nacional del Chaco, de un grupo de familias provenientes de la Región del Friuli - Venecia Giulia y otros, de la Provincia autónoma de Trento, Italia. Estos llegaron atraídos por los postulados de la Ley 817 de Inmigración y Colonización, promulgada por el presidente argentino Dr. Nicolás Avellaneda. Su población se ha ido desarrollando hasta contar hoy con 29660 habitantes (proyección actualizada de datos estadísticos, censo 2010) distribuidos en un 77% de viviendas en la región urbana y un 23 % en el sector rural.

Su economía organizada y estable está fuertemente ligada a la producción agropecuaria (agricultura, ganadería) e incluye metalúrgicas, cadena avícola y algodonera, refinerías de aceites vegetales y biodiesel-bioetanol.

La oferta de servicios de salud en esta ciudad se compone de dos Sanatorios privados y el S.A.M.C.O Avellaneda sin servicio de internación. Se cuenta también con un Hospital Regional que se localiza a 10 km. de distancia, en la ciudad de Reconquista.

Una de las instituciones privadas mencionadas, es el Sanatorio Avellaneda, fundado en 1963, el cual se encuentra actualmente en una etapa de cambio generacional de sus dueños. Esto llevó a la conformación de un nuevo directorio que promovió una serie de cambios en el modelo de atención y de gestión de la institución.

La población que recibe esta institución proviene de la misma ciudad de Avellaneda y sus alrededores y es heterogénea. Dentro de este grupo, el 60 a 70 % poseen obras sociales, entre ellas provinciales, sindicales, prepagas, nacionales, Programa de Atención Médica Integral (PAMI), Aseguradora de Riesgo de Trabajo (ART). El porcentaje restante está conformado por particulares, que pagan su consulta médica u otro servicio otorgado. El sanatorio cuenta con 22 camas de internación, 4 de unidad de terapia intensiva (UTI), 2 incubadoras, servicios de traumatología, gineco-obstetricia, cirugía general, cirugía vascular, endoscopía, pediatría, oftalmología, urología, clínica médica, cardiología, diagnóstico por imágenes, hemoterapia y laboratorio. Se realizan, en promedio, 140 internaciones mensuales de las cuales, 100 son quirúrgicas.

La misión que persigue la institución es brindar un servicio de calidad centrado en la buena performance de sus procedimientos científicos y técnicos y en el cumplimiento de las expectativas de los pacientes.

Conociendo estos datos, lo que se planteó en este trabajo fue el análisis puntual de la percepción de los usuarios. Es decir, dados los cambios a lo largo del tiempo en los servicios de salud, las exigencias acerca de lo que se considera un buen servicio de salud y el medio social competitivo en el que vivimos, surgió la necesidad de realizar un estudio que permitiera evaluar constantemente cómo es percibida, cuáles son las expectativas y el nivel de satisfacción del usuario respecto del servicio para poder trabajar en ese rumbo.

La asistencia en salud se proyecta hoy hacia la humanización, pretendiendo ser más personalizada, confortable y altamente cualificada tanto en lo científico-técnico como en lo humanitario.

Es así que, al abordar las inquietudes del usuario, sea tan esencial optimizar la atención tomando como parámetros la interacción con el personal de salud, el tiempo de espera, el

buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobre todo, la obtención del servicio que procura orientado hacia el mayor grado de satisfacción posible.

De esta manera surgió el interrogante central de esta investigación:

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de internación de mediana complejidad del Sanatorio Avellaneda, desde marzo a mayo de 2018?

4. Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Valorar la percepción del usuario respecto del servicio brindado durante la internación en el Sanatorio Avellaneda. Santa fe, en el periodo comprendido entre marzo y mayo de 2018.

Objetivos específicos

- Indagar la percepción de los usuarios de la atención recibida durante la internación en el periodo comprendido entre marzo y mayo de 2018.
- Identificar factores relevantes tanto positivos como negativos que hacen a la satisfacción del servicio de internación recibido.

5. Marco teórico

Se explicita a continuación los conceptos y denominaciones utilizadas en el trabajo.

5.1. El usuario de los sistemas de salud

En el campo de los servicios de salud se emplean diversas denominaciones para designar al sujeto que recibe una atención.

Históricamente la denominación ha sido la de “paciente”. La denominación denota pasividad. Róvere nos dice que los profesionales esperan de una actitud pasiva, que los usuarios recibirían el servicio que los profesionales quisieran brindar sin tener en cuenta las opiniones de los mismos (Róvere 1998) Este mismo autor, al reflexionar sobre los derechos sociales y el derecho a la salud, introduce la categoría de ciudadano tal consideración implica las prestaciones que debe garantizar el estado y son parte de un derecho legítimo.

Así, el autor considera que quien utiliza los servicios de salud se denominaría ciudadano ya que es quien hace uso de un derecho¹.

Pensamos que este concepto, no es el más adecuado para este trabajo. Al tratarse de una institución privada donde la población que recibe los servicios es una población que cuenta con seguros de salud, se definió como más adecuado para este trabajo, la denominación de usuario para nombrar a quien recibe los servicios de salud.

5.2. La calidad

La calidad asistencial es un aspecto que fue adquiriendo una gran relevancia, a lo largo de los años habiendo diversos conceptos que definen la calidad en el sector salud.

Existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora.

Así, para el usuario -por ejemplo- características como la calidad y pronta atención, las instalaciones físicas, la reputación de los médicos y la imagen de la institución son atributos que determinan un valor para la calidad.

Para el prestador del servicio de salud, la valoración de la calidad se basa en los aspectos que podríamos denominar científicos técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible.

Para quien paga el servicio, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

Estos conceptos sirven para demostrar como la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

Por el lado de los entendidos, como Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad en salud, la define como “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”²

¹ ROVERE, Mario (1994). *Calidad en los servicios de salud*, Conferencia, La Paz.

² PERÚ (2016). Los diferentes conceptos de la calidad de salud, Conexión ESAN. Publicado en formato digital.

No existe un concepto único. Los diferentes conceptos engloban dos grandes enfoques, la calidad objetiva y la calidad percibida: la primera se centra en las características objetivas y tangibles de los servicios; en la oferta. La segunda, parte del lado de la demanda y hace referencia a la valoración que los usuarios hacen sobre aquellas y se relaciona a las emociones, percepciones y experiencias de la persona³. Por naturaleza son de difícil homogenización ya que son de naturaleza subjetiva, y dependen de la vivencia singular de cada sujeto. El punto en que todos coinciden es que la calidad gira en torno a la satisfacción del paciente.

5.2.1. Historia y evolución del concepto de calidad

Según expresa Rovere⁴: *“Los pacientes aprenden y maduran en términos de calidad y los profesionales aprendemos y maduramos también en términos de calidad. En consecuencia, el concepto de calidad es un objetivo móvil, se desplaza, se mueve y en cierta manera tiene que ver con la formación, la experiencia y con las vivencias de la gente. Así es como se forma el gusto de la calidad”*. Es decir, que las experiencias generadas y vivenciadas llegan a la construcción de la conceptualización de calidad.

La calidad como excelencia es considerada como lo mejor en términos absolutos. En la actualidad, las organizaciones deben realizar un gran esfuerzo por conseguir los mejores resultados. En esta cultura de la excelencia, podemos destacar la integración de la mejora continua como eje fundamental de todas las actuaciones. Esto lleva a generar transformaciones en las organizaciones del sistema de salud, virando hacia este enfoque.

Vale citar distintas corrientes a tener en cuenta en este contexto:

La teoría de la Acción Razonada (Ajzen, Fishbein, 1980). Ésta relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conductas. Las conductas de las personas están condicionadas por su intención. Establece que la intención de realizar o no una conducta se traduce en un balance entre lo que la persona cree que debe hacer y la percepción de lo que los otros creen que debe hacer. Se desprende de esto la tensión siempre existente entre lo objetivo y lo subjetivo⁵.

³ CHILE, Superintendencia de Salud (2010). *Propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud*, Chile.

⁴ ROVERE, Mario (1994). *Calidad en los servicios de salud*, Conferencia, La Paz.

⁵ BRIYUDH, Laidy-MEJRO, Kenny (2016). Modelos individuales de cambio conductual. Teoría de la acción razonada

Pasamos así a otra línea de pensamiento. La teoría de la confirmación de expectativas, concibe la satisfacción como el resultado de un contraste o comparación entre la realidad percibida por el individuo y algún tipo de estándar de comparación (expectativas, normas basadas en la experiencia, etc.)⁶.

Las proposiciones iniciales del modelo eran muy sencillas: la satisfacción se relaciona con el grado y dirección de la discrepancia entre expectativas y rendimiento. Produciéndose lo que se ha denominado confirmación de expectativas cuando el rendimiento del servicio es los esperados inicialmente, “desconfirmación” negativa, cuando el rendimiento es inferior al esperado, apareciendo entonces la insatisfacción. Y “desconfirmación” positiva, cuando el rendimiento supera las expectativas iniciales dando lugar al sentimiento de satisfacción.

Según ésta, la calidad se mide en función al grado de consonancia entre lo que el usuario espera y recibe; en la distancia entre el servicio adecuado y el deseado lo que da lugar a la zona de tolerancia. Conocer la misma implica identificar los aspectos que le interesa al paciente y cuáles priorizar y trabajar para mejorar la gestión.

Las teorías antes desarrolladas se manifiestan en los “momentos de verdad”, que es el preciso instante en el que el usuario se pone en contacto con el servicio, y sobre la base de este contacto se forma una opinión acerca de la calidad del mismo. Este momento no solo lo determina un contacto humano sino cualquier elemento de los recursos de la empresa (infraestructura, señalamientos, etc.) y la forma de funcionamiento de la misma. Para poder ofrecer el mejor servicio, se requiere controlar cada momento de verdad. Esto fue introducido en la literatura de gestión por Norman en 1984⁷.

Este momento significa literalmente que éste es el lugar y el momento en el que el proveedor de servicios tiene la oportunidad de demostrar al usuario la calidad de sus servicios.

El usuario desconoce las estrategias, procesos, problemas y éxitos de la institución, solo reconoce lo que la misma hace por él en ese preciso momento y a partir de ello califica la calidad del servicio recibido. Éste es su “momento de verdad”.

El servicio debe buscar como estrategia que todos esos momentos se dirijan a la satisfacción de las necesidades prácticas y personales del usuario. Cuando sus

⁶ CHILE. SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Op. Cit. Pág. 9.

⁷ NORMAN, Richard (1984). *Servicie management*, Finlandia.

necesidades no son satisfechas en un momento de la verdad se lo conoce como momento crítico de la verdad.

Los “momentos de la verdad” generalmente, no se presentan al azar, generalmente ocurren en una secuencia lógica y medible, lo que permite identificar con precisión las mejoras requeridas para proporcionar los servicios. La forma más adecuada y sencilla es representarlo a través del ciclo del servicio. Este ciclo se activa cada vez que el usuario toma contacto, es así como hay centenares de momentos de verdad en un día determinado y este ciclo nos permite visualizar la panorámica general de nuestros momentos de verdad, identificar así áreas que merecen correcciones para mejorar el servicio⁸.

Como cita Albrecht y Zemke, si se pierde el control de los momentos de verdad, la calidad de los servicios se vuelve mediocre y así se daña el servicio⁹.

Según el Ministerio de Salud de Colombia, la calidad contempla los siguientes atributos de la calidad de salud¹⁰.

ATRIBUTO	DEFINICION
Accesibilidad	Facilidad con que se obtienen en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
Aceptabilidad	Incluye dos dimensiones: Satisfacción del paciente. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
Adecuación	Relación entre la disponibilidad de los

⁸ GRÖNROOS, Cristian (1988). *Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality*, Nebraska.

⁹ MIRA, J. J. y ARANAZ, J. (2009). *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria*, Chile.

¹⁰ COLOMBIA, Ministerio de Salud (2001). Atributos de la calidad en la Atención de la Salud.

	servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica
Calidad científico-técnica	Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología medico disponible.
Competencia profesional	Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al personal sanitario como a la organización.
Continuidad	Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.
Cooperación del paciente	Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.
Disponibilidad	Grado en el que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben ser disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
Efectividad	Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona igualmente, la capacidad de actuar del médico y de su equipo de manera de los pacientes

	consigan el resultado más deseable. Comprende al mismo tiempo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada
Eficiencia	Relación entre el impacto real de un servicio y de su coste de producción También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados
Satisfacción del profesional	Grado de satisfacción del personal sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo
Seguridad	Balance positivo de la relación beneficio riesgo También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.

5.2.2. Determinantes de la calidad

El nivel de la calidad del servicio se entiende como la diferencia entre el percibido (en función de qué tan bien se desempeña el establecimiento al proveer el servicio) y la expectativa del usuario, entrando en juego aspectos personales, información sobre los servicios y factores propios de cada situación. En los servicios se producen desencuentros entre opiniones, saberes, y deseos entre usuarios y trabajadores (profesionales médicos y no médicos). Además, se debe tener presente que el usuario se considera una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada; que suele generar el desencuentro, pero el usuario debe considerarse en primer lugar si una institución se

propone servir con calidad. La idea es lograr en la atención suministrada el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

Se deja atrás el concepto del modelo tecnocrático, centrado en el servicio basado fuertemente en un enfoque técnico-médico, en el que éste era la jerarquía principal del sistema (modelo médico hegemónico) y la farmacología el supuesto método de resolución de las problemáticas de salud. Sumado a esto, antes se priorizaban las inversiones sanitarias determinadas por las innovaciones tecnológicas. Hoy, como se ha citado anteriormente, esto ha sido reemplazado y superado por las necesidades de la población, la humanización del sistema, es decir, un modelo sustentado por la integridad entre lo social y lo biológico. Esto lleva a la necesidad de comprometerse con la autocrítica y la crítica de otros para el mejoramiento del servicio. Se reconoce, así como fundamental la evaluación de la calidad de atención.

De esta manera, se proyecta la salud hacia la humanización del sistema, pretendiendo ser más personalizado, comfortable, de alta calidad humana además de la científica técnica que no debe ser menor. Se deja atrás la concepción de ser sólo una organización de financiación y provisión de servicio para sumarle un plus de calidad.

Siguiendo la postura de Donabedian, en la evaluación de estructura, proceso y resultados todos los integrantes de la institución son participes, a través de políticas claras, con objetivos determinados, en base a la misión y visión de la institución.

El abordar las inquietudes de los usuarios, satisfacer sus demandas y expectativas es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Hoy se habla de parto humanizado y consentimiento informado. Antes, el modelo no entraba en discusión; ahora, cambiando la mirada, también se cubren las necesidades del usuario con respeto, información pertinente y equidad.

En palabras de Rovere¹¹: *“Los profesionales de la salud actuamos como tales [...] los pacientes también actúan; actúan de pacientes porque dicen cosas en un consultorio que no dirían en otros lados [...] sobre la base de lo que uno imagina que el que lo va a atender quiere escuchar. Pero al mismo tiempo, lo que quiere y no quiere escuchar, lo hemos construido nosotros por las experiencias anteriores. [...] Consecuencia: el proceso de producción y la calidad en la atención no pueden ser modificados unilateralmente, deben ser modificados bilateralmente. La calidad, ahora, está en el contrato implícito que se produce entre el prestador del servicio de salud y el que recibe, pero éste a su vez*

¹¹ ROVERE, Mario (1994). *Calidad en los servicios de salud*, Conferencia, La Paz.

coproduce el servicio". Es decir, el usuario se entiende ahora como un sujeto activo en la producción de la calidad del servicio sanitario. Esto resulta en ocasiones difícil ya que cada persona interpreta de manera diferente lo que es para él buena calidad en el servicio prestado. Esto depende del juicio personal de cada uno, lo que cada uno interpreta de ella: su percepción.

5.3. La percepción del usuario

La tendencia actual es considerar la satisfacción del usuario como el resultado de comparar su percepción de la atención de salud con los estándares personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable¹². Entendiéndose a la percepción como una construcción subjetiva en la que el usuario brinda *información* clave para evaluar la calidad de la prestación en tanto expresión de su satisfacción o no con el servicio obtenido (porque le dice expresamente, porque lo manifiesta en gestos, porque vuelve a elegir el servicio, porque lo recomienda, etc.).

Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, se da más a quien más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, esto es con metodología y tecnologías adecuadas; con efectividad, es decir, alcanzando cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, se logra la satisfacción¹³.

5.4. La satisfacción del usuario

Durante años, una de las premisas básicas ampliamente difundidas ha sido que el paciente sólo valora la atención como resultado, el curarse. Hoy en día, el usuario toma protagonismo y el deseo de participar más activamente es cada vez mayor, por lo cual, evalúa su satisfacción a partir de cómo fue atendido y lo relaciona con sus expectativas respecto de cómo debería haber sido, o lo que esperaba de ello. Este aspecto aparece en el cuadro anterior mencionado como "aceptabilidad".

La satisfacción de los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro, los valores del individuo y de la sociedad. No obstante, es una

¹² MIRA, J. J. y ARANAZ, J. (2009). *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria*, Chile.

¹³ ARGENTINA, Ministerio de Sanidad, Cuadro capítulo 2: *Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario. Gestión de calidad*.

dimensión factible de medir a partir de la percepción concreta del usuario. Por eso la hemos tomado como objeto de investigación.

Vivimos, como se ha expresado en una época en que los pacientes suelen contar con más información, los profesionales están demandados por el aprendizaje de las nuevas técnicas, y procedimientos, y además de ello debe tener en cuenta la satisfacción del usuario.

Los usuarios hoy se encuentran más informados, y por ello exigen un cambio en los modos de atención. Los profesionales y las instituciones que realizan servicios de salud deben estar preparados para satisfacer estos requerimientos. Se reconoce el derecho del usuario a conocer los aspectos más relevantes de su enfermedad, alternativas terapéuticas, pronóstico y, además, plasmar todo ello en un documento de consentimiento informado. A esto se añade su participación en el proceso curativo o preventivo, asumiendo derechos y responsabilidades. Finalmente se plantean nuevas formas de participación de usuarios y asociaciones de pacientes en el diseño propio de los servicios de salud.

Además, nos encontramos hoy con usuarios que son agentes de cambio social y que se han convertido en “consumidores informados”. Así, gracias al acceso a la comunicación y a redes sociales, se han organizado, conformando grupos de pares, equipos de autoayuda de participación y promoción de hábitos saludables. Sumado a esto, existen diferentes ONG (Organismos No Gubernamentales) que han sido fundados para determinadas patologías específicas, quienes los enriquecen e incluso protegen de sus derechos. Ejemplo de ello son ONG de celíacos, diabéticos, ALCO (Asociación de Alcohólicos Anónimos), entre otras.

Este empoderamiento de los usuarios hace inevitable que la gestión sanitaria asuma una actitud atenta a relevar las necesidades, percepciones y opiniones a fin de adecuar su prestación al perfil esperado por los usuarios. El nuevo paradigma recomienda entonces evaluar sistemáticamente la percepción y satisfacción como parámetros fundantes de una prestación eficiente. En definitiva, se busca incorporar el punto de vista del usuario en el diseño de los procesos de salud a fin de disponer y organizar los recursos para lograr resultados óptimos.

Podemos ver este enfoque en las exposiciones de Siguiendo los enfoques conceptuales de Donabedian en 1966, y Williams¹⁴ que resaltaban el valor de la satisfacción del usuario como un indicador en la atención de salud, al punto de destacar que la misma no puede ser

¹⁴ZEITHAML, Valerie (2003) Calidad total en la gestión de los servicios, Ed. Díaz de Santos, Madrid.

satisfactoria hasta que el usuario no se muestre satisfecho. Por lo tanto, su satisfacción es el eje de esta ecuación.

Donabedian¹⁵ puntualiza que el objetivo no es sólo alcanzar la satisfacción sino lograr su confianza y fidelidad futura. Esto dependerá en gran medida de la prestación de un servicio conveniente, aceptable y agradable.

En 1980, el autor se refiere a la satisfacción de la siguiente manera¹⁶: *“es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario, el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes [...] es el componente de confort, que son los elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable”*.

Evaluar la calidad del servicio de salud está siendo una necesidad reconocida alrededor del mundo. Los sistemas de salud están adoptando guías clínicas basadas en la evidencia, prestando atención a la reducción de los errores médicos y tomando medidas para salvaguardar la seguridad del paciente.

Siendo la asistencia en salud una acción social, humana y científica, orientada a resolver o participar en la solución de problemas de salud y en la promoción del bienestar del ser humano, los profesionales de salud deben tener como meta el satisfacer las demandas y expectativas de un usuario más informado y exigente; más demandante.

Así, la satisfacción es el índice del buen funcionamiento del servicio e incluso es el indicador de resultado de la prestación sanitaria.

6. El abordaje metodológico

6.1. Tipo de estudio

El diseño metodológico corresponde a un estudio transversal, observacional y cuantitativo¹⁷

Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta diseñada para investigar la calidad en el ámbito de las organizaciones productoras de servicios, la encuesta SERQUAL. La encuesta indaga la percepción de los usuarios frente al servicio ofrecido mediante una

¹⁵DONABEDIAN, Avedis (1993). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*, Revista de Salud, México.

¹⁶ DONABEDIAN, Avedis. OP CIT.

¹⁷ BRIONES, Guillermo (2002). *Metodología de investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales*, Bogotá.

puntuación, con la misma queda reflejado el nivel de valoración del servicio de internación del. Sanatorio Avellaneda.

El estudio se centró en el puntaje que los usuarios le atribuyeron a los hechos y sucesos, a sus acciones e interacciones dentro de una realidad social determinada. Puntuaron desde su perceptiva el servicio sanatorial y el nivel de satisfacción obtenido.

6.1.1. Dimensiones

El modelo SERVQUAL agrupa cinco dimensiones para medir la calidad del servicio:

- **Elementos tangibles:** Es la apariencia física, instalaciones, como la infraestructura, equipos, materiales, personal.
- **Fiabilidad:** Se refiere a la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Es decir, que la organización cumpla con lo pautado, en cuanto a entregas, suministro del servicio, solución de problemas y fijación de precios.
- **Sensibilidad:** Es la disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido y adecuado. Se refiere a la atención y prontitud al tratar las solicitudes, responder preguntas y quejas de los usuarios, y solucionar problemas. Sería, en definitiva, la capacidad de respuesta.
- **Seguridad:** Es el conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.
- **Empatía:** Se refiere al nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes. Se debe transmitir por medio de un servicio personalizado o adaptado al gusto del cliente.

6.1.2. Variables

Las variables que se buscaron conocer son:

- **De la dimensión de elementos tangibles:** 1) Estado físico de instalaciones; 2) Limpieza de la instalación y elementos físicos; 3) Presentación personal de empleados; 4) Comodidad de cama y sillas; 5) Estado de sábanas; 6) Servicio de cocina.
- **De la fiabilidad:** 1) Interés demostrado en la resolución de problemas.
- **De la capacidad de respuesta:** 1) Sencillez de los trámites a realizar; 2) Disposición para atender las preguntas; 3) Atención ágil; 4) Disposición de oportunidad a reclamos.

- Seguridad: 1) Confianza transmitida por empleados; 2) Efectividad en resolución de problemas; 3) Ubicación apropiada del paciente para reducir riesgos; 4) Recepción de los medicamentos adecuados; 5) Conocimiento de empleados; 6) Capacidad de respuesta.
- Empatía: 1) Amabilidad en el trato del personal de salud (enfermeros ,médicos); 2) Amabilidad en el trato del personal administrativo; 3) Atención individualizada al usuario; 4) Claridad brindada al usuario por el médico.

6.1.3. Universo y muestra.

- Universo: todos los internados en el Sanatorio Avellaneda para el período marzo-mayo 2018, que cumplen con criterios de inclusión.
- Unidad de análisis: paciente internado que cumple con los criterios de inclusión.
- Muestra: no se trabaja con todos los individuos del universo; se lo hace con una muestra. Dado que la información se pretende representativa del universo, el muestreo ha de ser probabilístico y aleatorio: todos los individuos que componen el universo deben tener las mismas posibilidades de ser encuestados. Para el cálculo del tamaño muestral se procedió a considerar como tamaño del universo el número total de internados para el mismo período que el año anterior que cumplen con los criterios de inclusión. Para ese trimestre de 2017 se internaron 342 pacientes, resultado una muestra de 182 individuos a encuestar. El tamaño de la muestra se hizo para un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5% (ver anexo 2).
 - Criterios de inclusión: usuarios que tuvieron una internación clínica o quirúrgica, que permanecieron en la institución más de 24 hs. y hasta 72 hs., inclusive, durante el periodo de marzo a mayo del 2018. La internación puede ser de primera vez o reiterada con igual o diferente diagnóstico que la internación previa que tuvieran domicilio en la ciudad de Avellaneda o pertenecieran a otras ciudades, pueblos o parajes, abarcando todos los niveles de escolaridad y que aceptaron participar de la encuesta
 - Criterios de exclusión: usuarios que tuvieron internación clínica o quirúrgica en la institución por menos de 24 hs. o más de 72 hs., y pacientes que no estuvieron dispuestos a participar.
 - Momento de aplicación encuesta: se realiza al alta del paciente en la habitación.
 - Reparos éticos: el proyecto fue puesto a consideración de la Comisión Directiva, la cual autorizó el mismo. Además, los encuestados dejaron su consentimiento de participar

firmando un documento aclaratorio sobre la confidencialidad de los datos y el objetivo del trabajo.

Para la construcción de la muestra se consideró como universo o población objetivo (N) a los usuarios totales de internación para el período de marzo a mayo inclusive de 2018. Siendo, según datos de internación de esos meses, el N: 342 pacientes. A partir de este universo se identificaron las unidades de análisis según los criterios de inclusión y de exclusión. Para determinarlos, se tuvo en cuenta el análisis de los registros de internaciones del año anterior. Así se delimitó la población objetivo, compuesta por todos los pacientes que egresaron durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2018, los cuales estuvieron internados entre 24 y 72 horas. En el proceso de muestreo en la selección de las unidades de análisis a encuestar se tomaron internaciones de los días lunes, miércoles, viernes y sábado con ordenamiento impar de ingreso. Se seleccionó este período ya que es cuando se observaron mayores internaciones en comparación con los restantes meses debido a que se programan más cirugías por causa estacional y representan el 80% de las internaciones de cada mes.

Aplicando el cálculo de muestreo, el tamaño de la muestra fue de 182 encuestas totales a realizar, con un nivel de confianza de 95% y margen de error del 5% (anexo)¹⁸.

El tipo de muestra para aplicar la encuesta SERVQUAL fue probabilística aleatoria simple. Ésta es una técnica de muestreo que se basó en el principio de equiprobabilidad, en virtud de la cual las muestras fueron recogidas en un proceso que brindó a todos los individuos y a cada elemento de la población objetivo y a cada posible muestra de un tamaño determinado, la misma probabilidad de ser seleccionados para conocer su percepción y el nivel de satisfacción.

Los criterios de inclusión para el relevamiento de las unidades de análisis fueron:

- Criterios de inclusión

Pacientes que tuvieron una internación clínica o quirúrgica, que permanecieron en la institución más de 24 hs. y hasta 72 hs. inclusive, durante el periodo de marzo a mayo del 2018. La internación puede ser de primera vez o reiterada con igual o diferente diagnóstico que la internación previa que tuvieran domicilio en la ciudad de Avellaneda o pertenecieran a otras ciudades, pueblos o parajes, abarcando todos los niveles de escolaridad y que aceptaron participar de la encuesta., que se realiza al alta del paciente en la habitación.

¹⁸ Normas APA (2019). 6ª edición.

- Criterios de exclusión

Pacientes que tuvieron internación clínica o quirúrgica en la institución menos de 24 hs. o más de 72 hs. y pacientes que habiendo estado internados en la institución más de 24 y hasta 72 hs. inclusive en el periodo de marzo a mayo de 2018 no estuvieron dispuestos a participar.

6.1.4. Fuentes

Se trabajó en base al modelo SERVQUAL¹⁹: se utilizó la encuesta validada y probada que partió de un cuestionario de 22 ítems destinado a conocer la percepción de los usuarios. Ésta consistió en recolectar y medir para calificar las respuestas en torno a cinco dimensiones (elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía), a través de una técnica específica, como lo es la escala de Likert de 7 puntos, codificadas del 1 al 7 (de extremadamente satisfecho, 7; hasta extremadamente insatisfecho, 1). Con ella se pretendió conocer el nivel de evaluación de expectativas del paciente y la percepción de la calidad del servicio.

La aplicación de esta herramienta en particular se definió por su ya conocida validez y adecuación. Cabe destacar que este instrumento para evaluar a las instituciones de servicios se publicó por primera vez en el año 1988, y ha experimentado numerosas mejoras y revisiones desde entonces²⁰.

6.1.5. Momento de trabajo de campo

El tiempo seleccionado para el relevamiento de los datos fue de marzo a mayo inclusive del año 2018. Antes de realizar la encuesta definitiva, se efectuó una prueba piloto para comprobar la aplicabilidad de la misma. Esta prueba consistió en una muestra con 15 pacientes de la institución del servicio a ser estudiado. Una vez comprobado la comprensión de las consignas y sin necesidad de ajustes a las mismas, se procedió a realizar el total de encuestas en el servicio durante tres meses correlativos al egreso de los usuarios.

¹⁹ CABELLO, Emilio-CHIRINO, Jesús (2012). *Validación y aplicabilidad de encuestas Servqual modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud*. Revista Médica, Lima.

²⁰ VICUÑALIMA, Walter (2014). *Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del hospital nacional arzobispo Loayza*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Perú.

Una vez comprobada su aptitud; se aplicó finalmente a la muestra definida, se realizaron en el momento que se indicó el alta médica, ejecutándose con personal externo de la institución que fue seleccionado y entrenado para esta tarea. Teniendo en cuenta factores que sería positivos para relevar los datos, elegir el momento del alta médica que el paciente se encuentra más distendido, ser anónima, que el encuestador no sea reconocido como miembro de la institución, que las preguntas sean claras y el total de la encuesta no sea extensa²¹.

6.1.6. Plan de análisis

Los resultados fueron presentados siguiendo los objetivos específicos. En cuanto al primero, se presentaron los hallazgos según medida de frecuencia y dispersión y en función de las variables indagadas con la encuesta. Para el segundo, se identificaron los puntos más relevantes de resultados de la encuesta y fueron presentados también mediante medidas de frecuencia y dispersión.

7. Resultados

A continuación, se presenta la evaluación de los datos agrupados por dimensiones.

7.1. De la dimensión de elementos tangibles

En esta primera parte, se evaluó la percepción de los usuarios sobre los elementos concretos con los que se encontró en su período de internación.

Tabla 1: Población estudiada según sexo percibido n182.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
M	91	50,0
F	91	50,0
Total	182	100,0

²¹ VIDAL DÍAZ DE RADA (1999). *Factores que aumentan la eficiencia de las encuestas*, Universidad Pública de Navarra, España.

En la tabla 1 se describe el sexo de la población en estudio. De las 182 personas encuestadas, 91 (50%) son de sexo percibido femenino y 91 (50%) son de sexo percibido masculino.

Tabla 2: Población estudiada según edades n182.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<i>Jóvenes(18 A 20 Años)</i>	19	10,5%
<i>Adultos-jóvenes(21 A 35 Años)</i>	66	36,2%
<i>Adultos(36 A 60 Años)</i>	70	38,5%
<i>Adultos-mayores(mayores a 60 Años)</i>	27	14,8%
<i>Total</i>	182	100,0

En la tabla 2 se describen las edades de la población en estudio. De las 182 personas encuestadas, el 18% son jóvenes; el 28,5% son adultos-jóvenes; el 38,8% son adultos y el 14,7% con adultos-mayores.

Tabla 3: Nivel de satisfacción del usuario con respecto al estado físico a las instalaciones.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
Extremadamente insatisfecho	0%
Muy insatisfecho	1%
Insatisfecho	6,6%
Poco satisfecho	0,5%
Satisfecho	6,6%
Muy satisfecho	26,4%
Extremadamente satisfecho	65,9%

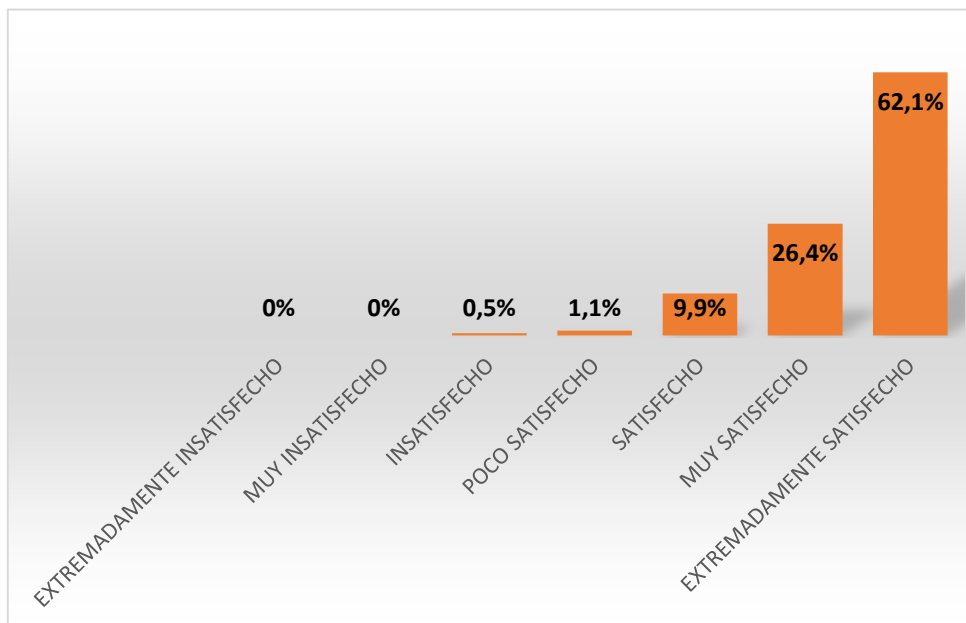
En tabla 3 se describe el grado de satisfacción de los usuarios con respecto al estado físico de las instalaciones. De un total de 182 personas encuestadas, se puede observar que, aproximadamente el 86% se encuentra satisfecho con este aspecto puntual.

Tabla 4: Nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a los elementos tangibles.
n182

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Elementos Tangibles		
Extremadamente Insatisfecho	0,0%	0
Muy insatisfecho	0,0%	0
Insatisfecho	0,5%	1
Poco Insatisfecho	1,1%	2
Satisfecho	9,9%	18
Muy Satisfecho	26,4%	48
Extremadamente Satisfecho	62,1%	113

Gráfico 1: Nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a los elementos tangibles.



En el gráfico 1 se describe el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los elementos tangibles evaluados. Se muestra que, de un total de 182 usuarios. El 98,3% de los usuarios refiere un grado de satisfacción por encima del nivel medio (nivel 5) con respecto a la calidad de todos los elementos tangibles.

7.2. Evaluación de fiabilidad

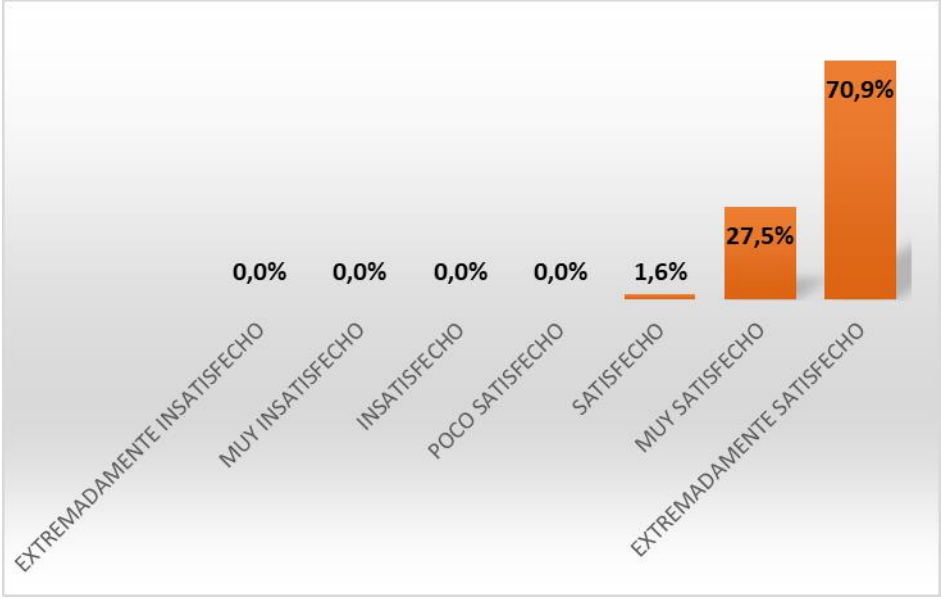
Tabla 5: Nivel de viabilidad n182

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Fiabilidad		
Extremadamente insatisfecho	0.0%	
Muy insatisfecho	0.0%	
Insatisfecho	0.0%	
Poco satisfecho	0.0%	
Satisfecho	1.6%	3
Muy satisfecho	27.5%	50
Extremadamente satisfecho	70.9%	129

Gráfico 2: Nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a la fiabilidad

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



En el gráfico 2 se describe el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la fiabilidad. De un total de 182 usuarios, No hay ningún usuario que refiera una fiabilidad por debajo del nivel medio de satisfacción.

7.3. Evaluación de la capacidad de respuesta

Tabla 6: Nivel de respuesta n182

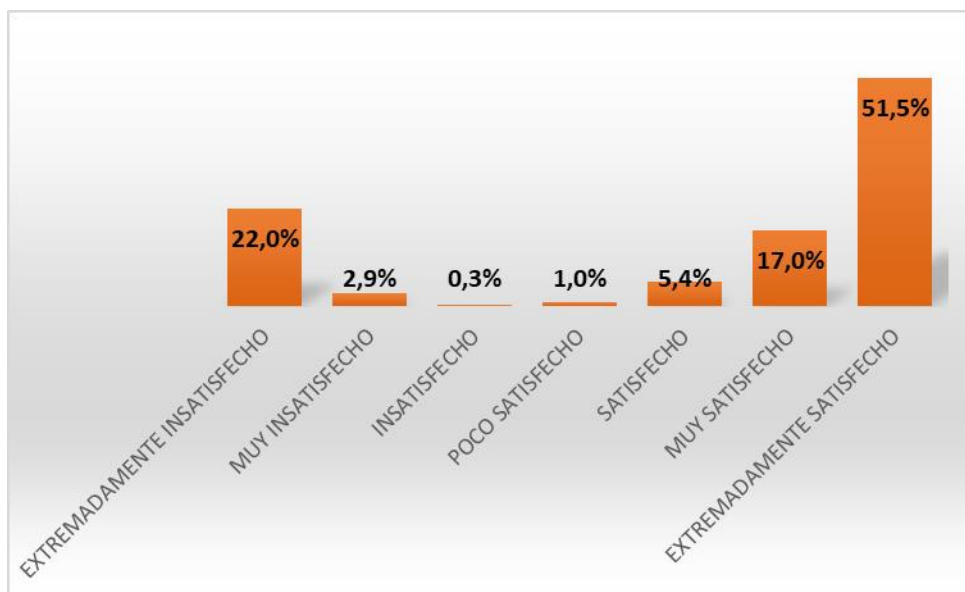
Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Capacidad de respuesta		
Extremadamente insatisfecho	22.0%	40
Muy insatisfecho	2.9%	5
Insatisfecho	0.3%	1
Poco satisfecho	1.0%	2
Satisfecho	5.4%	10
Muy satisfecho	17.0%	31
Extremadamente satisfecho	51.5%	93

n182

Gráfico 3: Nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a la capacidad de respuesta

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



En el gráfico 3 se describe el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la capacidad de respuesta de la institución. De un total de 182 usuarios, la mitad de ellos se manifestó encima del nivel de satisfacción y una tercera parte insatisfechos

7.4. Evaluación de seguridad

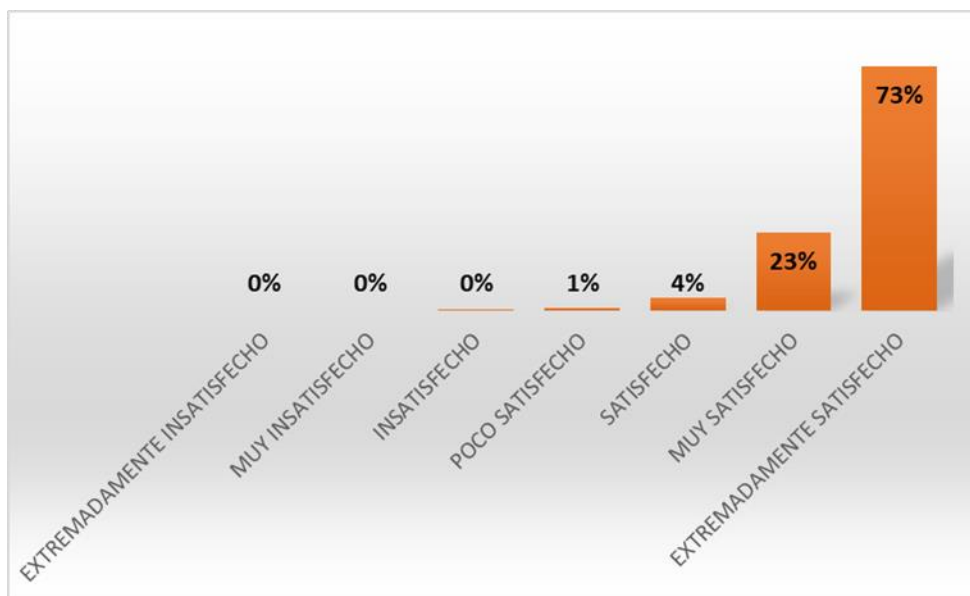
Tabla 7: Nivel de seguridad n182

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Seguridad		
Extremadamente insatisfecho	0%	
Muy insatisfecho	0%	
Insatisfecho	0%	
Poco satisfecho	1%	1
Satisfecho	4%	7
Muy satisfecho	23%	42
Extremadamente satisfecho	73%	132

Gráfico 4: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la seguridad.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.



En el gráfico 4 se describe el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la seguridad de la institución. De un total de 182 usuarios, todos refieren estar satisfechos

7.5. Evaluación de empatía

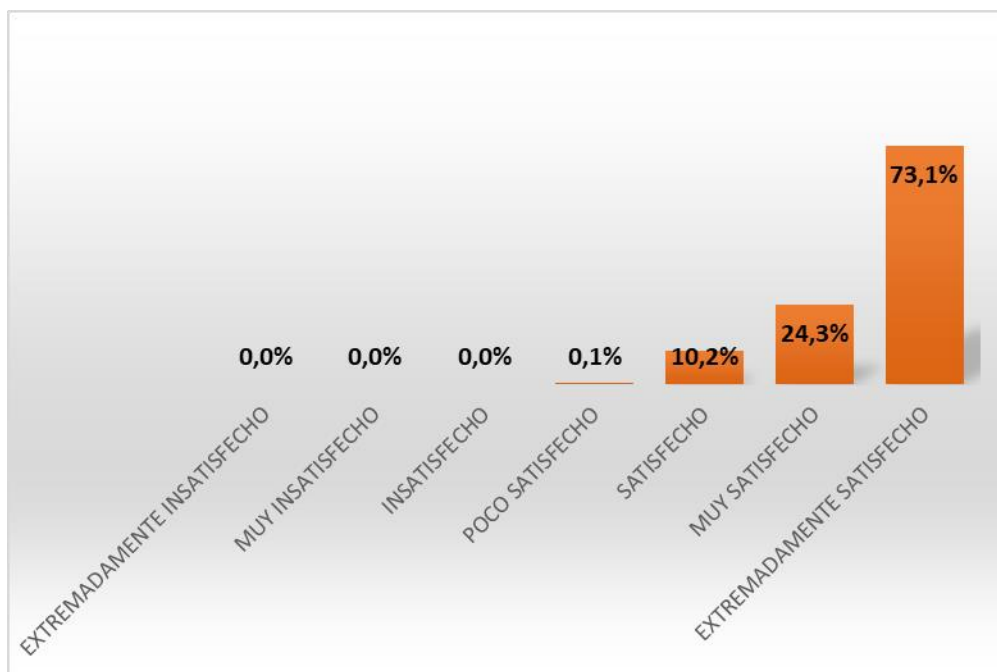
Tabla 8: Grado de empatía

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta.

Empatía		
Extremadamente insatisfecho	0.0%	0
Muy insatisfecho	0.0%	0
Insatisfecho	0.0%	0
Poco satisfecho	0.1%	0
Satisfecho	2,5%	5
Muy satisfecho	24.3%	44
Extremadamente satisfecho	73.1%	133

Gráfico 5: Grado de empatía

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



En el gráfico 5 se describe el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la empatía. De un total de 182 usuarios, 133 están extremadamente satisfechos con la empatía por parte del personal de la institución (73,1%), 44 usuarios se encuentran muy satisfechos (24,3%), 19 usuarios están satisfechos (10,2%), y sólo un 0,1% de los usuarios están poco satisfechos con la empatía de la institución.

Luego de evaluar las cinco dimensiones (tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía) se concluye que todas están sobre el 80% de satisfacción de los usuarios. Esto nos permite visualizar de manera concreta las fortalezas con que cuenta la institución en su esmero de servir al usuario y lograr sus expectativas. Igualmente, tomar conciencia de esto no implica conformidad sino todo lo contrario. El planteamiento es seguir trabajando teniendo en cuenta la opinión de los usuarios, con miras a lograr un servicio de excelencia como lo indica la misión de la institución; continuar creciendo en dirección a las expectativas de los usuarios y en un nivel de calidad siempre superador.

8. Discusión

Partiendo de los conceptos expuestos en el marco teórico, donde se identifica al usuario como una parte activa de él, se definieron sus roles²² como: “definidores, evaluadores, coproductores, ejecutores, controladores, y reformadores de la calidad del servicio de salud”. Es importante aclarar que el análisis de su percepción se realizó mientras permanecieron en la institución, por lo que, su valoración puede estar en cierta medida influenciada por esta situación particular.

Esta nueva identificación podría generar un enfoque diferente en la gestión del Sanatorio Avellaneda ya que implica que la institución presta un servicio que se fundamenta en la interacción entre el usuario, los prestadores y/o los recursos o bienes físicos; estos últimos considerados como soluciones a los problemas del primero.

En este sentido, se identificaron cuatro características básicas de los servicios:

- son más o menos intangibles
- son actividades en lugar de cosas
- son, al menos hasta cierto punto, producidos y consumidos simultáneamente
- el usuario participa en el proceso del servicio prestado

Un servicio, normalmente, se percibe de forma subjetiva; así, el usuario lo describió utilizando expresiones como experiencia, confianza, sentimiento, seguridad. Estas formulaciones abstractas se deben a la naturaleza intangible de la prestación. Esta situación llevó a que resultase difícil al usuario evaluar, y, al prestador, dirigir el control de calidad; ya que no hablamos de cosas sino de una serie de actividades o procesos.

Además, el servicio a un usuario no es exactamente lo mismo que el mismo servicio al siguiente usuario. Si bien la calidad supone replicabilidad de los procesos, hay que tener en cuenta la heterogeneidad del sentir, ya que esto se percibe subjetivamente, con perfiles de necesidades diferentes. Surgió entonces uno de los principales problemas de la gestión: cómo mantener, de forma permanente, un alto nivel de calidad percibida en los servicios producidos y prestados a los usuarios.

La calidad es lo que los usuarios perciben; es el momento de verdad que se pone en juego en cualquier situación en la que estos entran en contacto con algún aspecto de la organización y obtiene una impresión sobre la calidad de su gestión. Utilizando palabras de Róvere, el usuario aprende y madura y los profesionales aprenden y maduran. De ahí que el proceso esté en continuo movimiento y genere una demanda constante orientada a la superación.

²² DONABEDIAN, Avedis. OP CIT pág. 16

El momento de verdad es único e irreplicable y es cuando la institución debe hacer bien las cosas. En ese preciso instante, el usuario forma una opinión acerca de la calidad del servicio y de la institución misma. Es el verdadero momento de la oportunidad; ya que, una vez que el usuario se ha retirado no hay ninguna forma de aumentar o cambiar la percepción obtenida. Si ha surgido algún problema de calidad, es demasiado tarde para adoptar medidas correctoras. Para poder hacerlo habría que crear nuevos momentos de verdad, por lo que reparar es mucho más problemático y menos eficaz que un momento de verdad bien gestionado.

El proceso de producción de un servicio debiera realizarse de modo tal que todo momento de verdad se gestione eficientemente. Si se pierde el control de dichas situaciones, existe el riesgo de que puedan surgir problemas que deterioren la calidad y ésta sea percibida como mediocre.

Fijar prioridades y definir el problema en término operacional, como una brecha entre el desempeño real y el esperado fue lo que se persiguió en este análisis. La expectativa de la institución es lograr brindar un servicio de alta calidad. Si bien en el análisis realizado los usuarios manifestaron un alto nivel de satisfacción, existen variables que se deben trabajar para poder mantener y garantizar una alta calidad en el servicio, acorde a los que los usuarios esperan. Cuando el objetivo es elevar la satisfacción, la apuesta pasa por adecuar los servicios a lo requerido por los usuarios.

En este sentido, se pudo constatar que la estructura está en continuo proceso de mantenimiento. Se realizaron reformas arquitectónicas estructurales de techos, patios internos, mesa de entrada, adquisición de grupo electrógeno, de equipo para esterilización de material con óxido etileno y sistema informático para servicios de turnos más ágiles. Además, se proyecta la construcción del servicio de endoscopía, cambios en el servicio de hotelería en piezas de internaciones, renovación de pintura de la institución y otras modificaciones que apuntan a la modernización y confort. Para lograr esto, se está invirtiendo con el fin de mejorar la infraestructura sumando otro aspecto a la calidad del servicio ofrecido.

Siguiendo con el repaso de los resultados, la fiabilidad fue otro punto fuerte en las opiniones recabadas; así como el de la capacidad de respuesta donde se evaluó la prontitud, el espíritu servicial, la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido y eficiente, si bien existió un tercio porcentaje no menor de insatisfacción por lo cual se consideraría una debilidad para pronta mejoría.

En cuanto a la seguridad que se pone de manifiesto en la confianza basada en el conocimiento y profesionalismo del personal; también se obtuvieron altos porcentajes de satisfacción. Esto debe mantenerse y superarse ya que promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente implica mejoras en la información y formación de los profesionales.

Este atributo constituye una prioridad en la gestión de calidad que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene la aparición de eventos adversos. Es fundamental prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica de calidad.

La empatía es una forma de conocimiento y aproximación al otro; un intento en ponerse en el lugar de la otra persona; es poder reconocer la emoción y el significado oculto que ésta conlleva. Un servicio de salud, generalmente, contacta con usuarios emocionalmente alterados, con sobrecarga emocional, irritables, preocupados o angustiados; por ello, la habilidad para entender las necesidades ajenas como propias es fundamental

Analizar estos momentos y promover su optimización al máximo es el mayor logro perseguido en la búsqueda de la calidad: la satisfacción plena en la percepción del usuario. No se trata de ofrecer un buen servicio; sino, siguiendo a Donabedian, implica proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar.

9.

Los cambios significativos y duraderos se generan con mayor contundencia cuando surgen de los cimientos de la institución. De allí, se provocan las olas expansivas que llegan hasta los estratos superiores que se ven empujados a responder a estas demandas. De esa manera, el circuito de la satisfacción resulta óptimo y eficiente.

Esto es aplicable a todos los ámbitos del desarrollo humano y, por consiguiente, también al que nos convoca en esta propuesta: el servicio de salud.

Lo que se propone, ya en los anales de este proceso, es presentar a las autoridades de la institución elegida como campo de trabajo, el Sanatorio Avellaneda, los resultados, el aporte teórico y la discusión consecuente. Este paso tiene la intención de promover en los gestores de este servicio una mirada introspectiva desde sus propios usuarios.

Esta visualización concreta de la realidad y de los momentos de verdad debería generar movimientos de mejora continua. Los que dirigen la institución son los que deben gestionar

estas acciones para que involucre a todos y pueda hablarse así de un verdadero proceso de calidad.

Un trayecto que se inicia en la percepción de los usuarios, sigue por el cuestionamiento valorativo de cada uno de los estamentos, avanza hacia la información y estudio de los gerenciadore. Estos deberían tomar las decisiones pertinentes enfocadas en la excelencia de la calidad de servicio; y volverá, finalmente, al personaje principal quien reiniciará el círculo al expresar su satisfacción con la prestación recibida.

Como habíamos dicho anteriormente; la satisfacción del usuario es el índice prioritario de un servicio de calidad. De ahí, la presente propuesta.

10. BIBLIOGRAFÍA

ARGENTINA. MINISTERIO de Salud de la Nación (2009). Manual de Calidad Médica Asistencial, Buenos Aires.

ARGENTINA. MINISTERIO de Salud de la Nación (2017). Programa nacional de garantía de la atención médica, Buenos Aires.

ARGENTINA, Ministerio de Salud de la Nación, Cuadro capítulo 2: Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario. Gestión de calidad, Buenos Aires.

BRIONES, Guillermo (2002). Metodología de investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales, Bogotá.

BRIYUDH, Laidy – MEJRO, Kenny (2016). Modelos individuales de cambio conductual – Teoría de la acción razonada

CABELLO, Emilio-CHIRINO, Jesús (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas Servqual modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud, Revista Médica, Lima.

CASTILLO MORALES, Eduardo (2005). Escala multidimensional SERVQUAL, Facultad de Ciencias Empresariales Universidad del Bio-Bio, Chile.

CHILE. SUPERINTENDENCIA de Salud (2010). Propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud, Chile.

COLOMBIA. HOSPITAL Universitario del Valle “Evaristo García” (2010). Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios, Cali.

COLOMBIA, MINISTERIO de salud (2001). Atributos de la calidad en la Atención en Salud.

DEMING, Weather. (1989). Calidad, productividad y competitividad; la salida de la crisis, Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

DONABEDIAN, Avedis (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad, Revista de Salud, México.

ESPAÑA. UNIVERSIDAD Autónoma de Barcelona (2017). Introducción al SPSS. Manejo y procesamiento básico de datos, Barcelona.

ESPINOZA, Belén (2018). Comercio Internacional, Revista Iberoamericana de Ciencias, México.

GRÖNROOS, Cristian (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality, Nebraska.

IBARRA MORALES, Luis Enrique (2011). Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de calidad, México.

MATSUMOTO NISHIZAWA, Reina (2014) Desarrollo del Modelo Servqual para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad PERSPECTIVAS, Universidad Católica Boliviana, Cochabamba.

MIRA, J. J. y ARANAZ, J. (2009). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria, Chile.

NORMAN, Richard (1984). Service management, Finlandia.

Normas APA (2019) 6° Edición.

PERÚ (2016). Los diferentes conceptos de la calidad de salud, CONEXIÓN ESAN. Publicado en formato digital.

ROVERE, Mario (1994). Calidad en los servicios de salud, Conferencia, La Paz.

SOUZA MINAYO, María Cecilia de (2015) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud, Buenos Aires.

VICUÑALIMA, Walter (2014). Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del hospital nacional arzobispo Loayza. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Perú.

VIDAL DÍAZ DE RADA (1999). Factores que aumentan la eficiencia de las encuestas, Universidad Pública de Navarra, España.

ZEITHAML, Valerie (2003) Calidad total en la gestión de los servicios, Ed. Díaz de Santos, Madrid.

11. Anexo 1

11.1. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó previamente a la investigación y permitió determinar el grado de confiabilidad (margen de error) de la misma.

La fórmula para su cálculo fue:

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

Donde,

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

K: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos, un 95,5% de confianza es lo mismo que nos podemos equivocar en un 4,5%.

El valor en esta muestra es igual a 2.

e: es el error muestral deseado, que se entiende como la diferencia de error entre si se realiza encuesta al total de población o solo a la muestra.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio es desconocido se supone que es igual a 0,5.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica 1-p.

n: es el tamaño de la muestra

11.2. Historia y estructura de la institución

Del análisis de las fuentes secundarias, actas, libros de ingresos y egresos, libros de cirugía y partos se presenta a continuación los principales hallazgos teniendo en cuenta el primer objetivo específico: describir la estructura y funcionamiento del servicio de internación del Sanatorio Avellaneda.

El Sanatorio Avellaneda es una Institución privada con 50 años de actividad. Cuenta con 22 camas de internación general distribuidas en habitaciones de 2 camas, tanto de adultos como niños, 4 camas de UTI y 2 incubadoras.

Presta servicio de clínica médica, pediatría, ginecología, obstetricia, urología, traumatología, cirugía vascular y plástica general. Además, ofrece:

Servicios de endoscopia y cirugía ambulatoria oftalmológica.

Servicio de ecografía, radiología, mamografía, laboratorio y hemoterapia.

Servicio de guardia 24 hs.

El personal no médico que se encuentra en relación de dependencia en número de 34 personas y el plantel médico, sin relación de dependencia, es el siguiente:

Especialidades	Número
Clínica médica	5
Pediatría	2
Gineco-obstetricia	4
Traumatología	3
Cirujano general	3
Cirujano vascular	2
Cirujano plástico	1
Anestesiastas	3
Neurocirujano	1
Oftalmólogos	5
Urólogos	3
Endoscopistas	2
Gastroenterólogo	1
Nutricionista	2
Psicóloga	1
Diagnóstico por imagen	5
Técnico radiólogo	2
Hemoterapia	1
Técnicos de hemoterapia	2
Médicos de guardia	2
Bioquímica	1
Terapista	1
Total	52

Enfermeros	18
Instrumentadores	3
Cocineras	3

Maestranza	1
Administración	8
Camillero	1
Total	34

Se trabaja fundamentalmente con usuarios de toda la región del departamento General Obligado (provincia de Santa Fe), con obras sociales en el 90% de los casos y particulares, 10%.

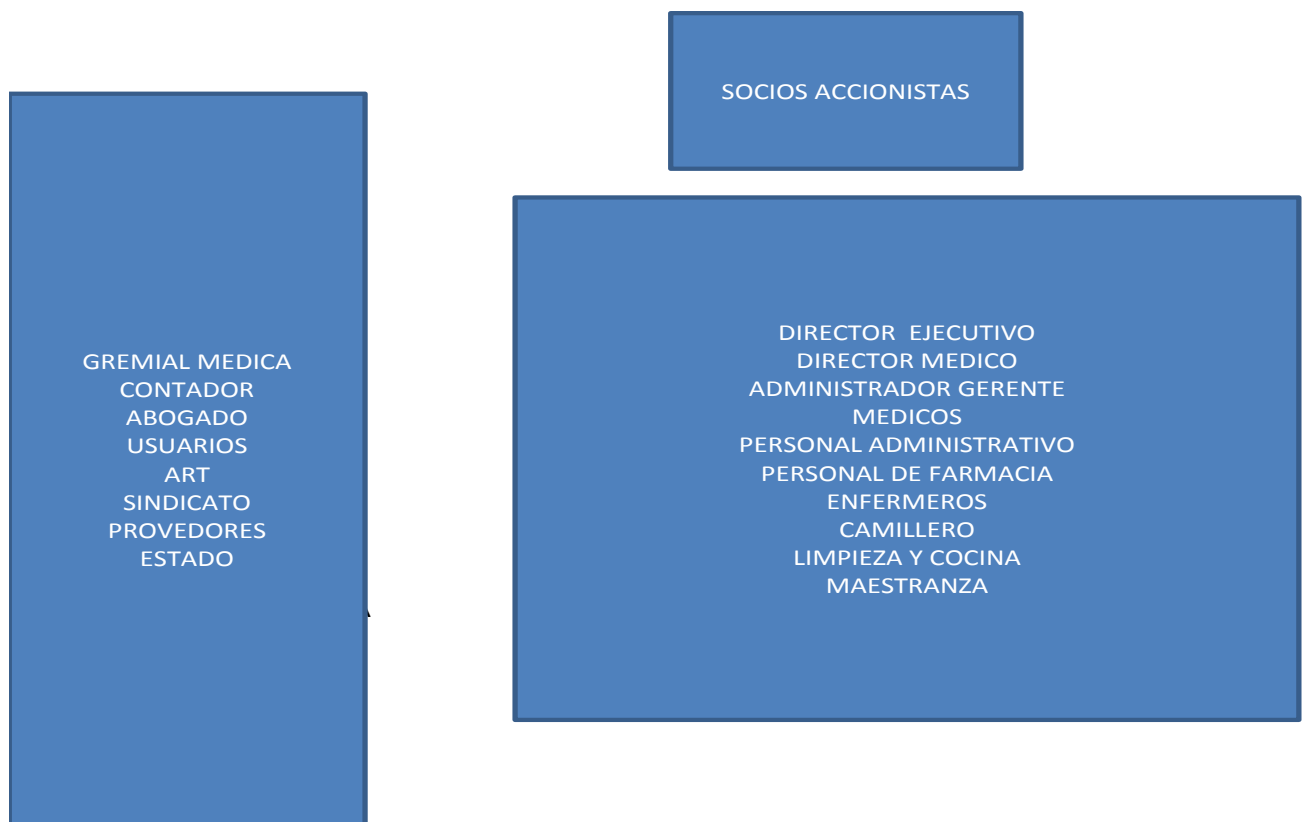
Obra social provincial IAPOS	30%
Prepagas	20%
Obras sociales sindicales	15%
PAMI	25%
Particulares	10%

El director médico es quien dicta las estrategias generales, controla la gestión y sostiene económicamente a la misma. Orgánicamente es quien dirige plenamente la institución teniendo la responsabilidad global de la misma, secundario a éste, se encuentra el administrador gerente que a su vez cumple el rol de jefe de recursos humanos, siendo también un actor estratégico. Un escalón por debajo está el personal de facturación y de secretarías, ambos en número de 4.

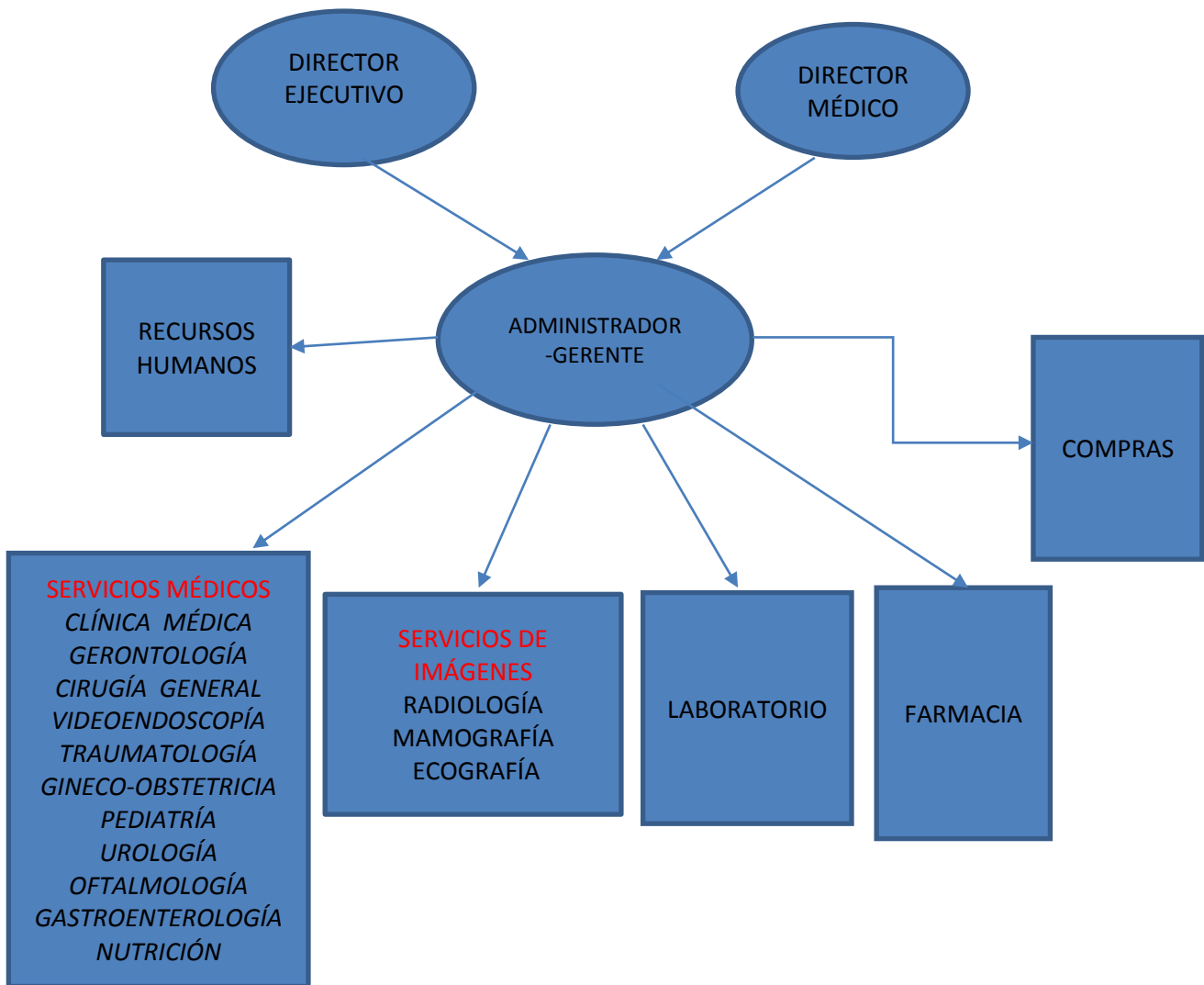
Se cuenta con contador y abogado como asesores externos a la institución. Estos dos actores son parte de la tecnocracia de la organización. Estos fijan y modelan las formas de resolver cuestiones en materia legal y de microfinanzas

Coalición externa	Coalición interna
Dueños accionistas	Directorio
Gremial Médica (gerenciadora)	Administrador Gerente
Obras sociales, prepagas, PAMI	Personal Administrativo
Sindicato ATSA	Personal de enfermería
ART	Personal de quirófano

Usuarios	Personal de mantenimiento
Contador	Personal de limpieza
Abogado	Personal de cocina
Proveedores	Camillero
Estado provincial y nacional	Médicos de guardia Médicos de staff permanente



11.3. Organigrama



Del relevamiento de los registros estadísticos del servicio de internación se describe a continuación el siguiente cuadro.

Mes	Internaciones	% más alto de tipo de patología
Enero	189	60% Quirúrgicas
Febrero	134	55% Clínicas
Marzo	200	67% Quirúrgicas

Abril	206	68% Quirúrgicas
Mayo	196	70% Quirúrgicas
Junio	182	78% Quirúrgicas
Julio	181	60% Quirúrgicas
Agosto	172	55% Clínicas
Septiemb re	167	60% Quirúrgicas
Octubre	191	65% Quirúrgicas
Noviemb re	187	67% Quirúrgicas
Diciembr e	164	65% Quirúrgicas

En su Sanatorio contaba sólo con ambulatoria en médicos por las los pacientes de más exhaustivo patologías, se

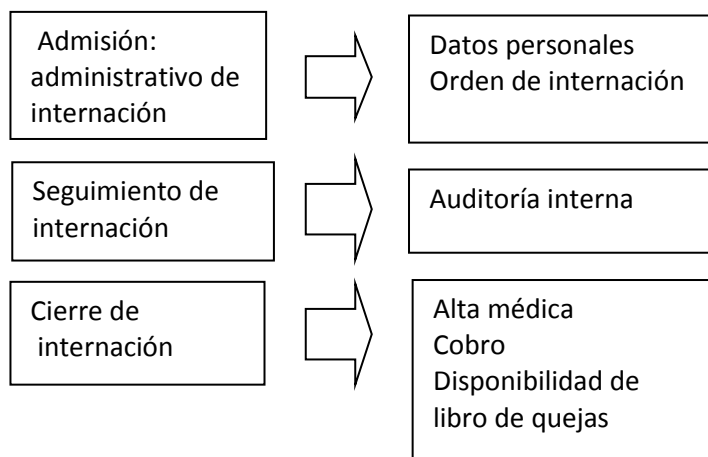
comienzo, el Avellaneda atención consultorios externos. Luego, necesidades de un seguimiento de sus hizo necesaria la

apertura de la internación, y así se fue avanzando en complejidad, hasta llegar a ser una clínica polivalente, el Sanatorio Avellaneda S.A.

Siempre se trató de una institución de carácter familiar. Los primeros empleados tenían una fuerte relación de confianza y respeto con los dueños, tenían el sentido de pertenencia a la institución. Al ir incrementándose el número de empleados, éste fue decreciendo, debido a que fue este valor fue cambiado también a nivel global. La evolución social y cultural hizo que los empleados fueran teniendo otra actitud que se refleja en una mirada más remunerativa, como pasa en la mayor parte de las instituciones.

Con respecto a la cobertura, en el sanatorio se atienden usuarios de la región mutualizados, A.R.T, PAMI, particulares y aquellos adheridos a prepagas. El único contrato directo con obras sociales que se tiene es con PAMI, los otros contratos son por Asociación Médica General Obligado, que es una entidad civil que nuclea a los médicos e instituciones médicas asociadas y gerencia las contrataciones médico-sanatoriales. Mediante ésta se logra, de forma agremiada entre sanatorios y profesionales de la región, contratos con obras sociales y prepagas con honorarios éticos o cercanos a los mismos.

Con respecto al funcionamiento del servicio de internación, el proceso de admisión procede de la siguiente manera: el primer personal administrativo en contacto con el usuario ingresa los datos de internación y genera la orden de la consulta según su obra social o presupuesto (en caso de ser particular). Además, recibe la solicitud cuando el usuario desea habitaciones especiales tipo suite. El segundo contacto es la confirmación de datos según las obras sociales, y se encarga del seguimiento de dicha internación y de auditorías médicas. El tercer y último paso es verificar el alta médica, cobrar estampillados de colegio de médico obligatorio y servicios de hotelería si fueron requeridos y dar cierre al proceso con la oferta de libro de quejas explicando su disposición.



T

Avellaneda, 17 de enero de 2018

AI
Director Médico del
Sanatorio Avellaneda
Dr. OSCAR ISAAC
S...../.....D

Por medio de la presente, quien suscribe Dra. María de los Milagros Abraham, solicita la aprobación para llevar a cabo una encuesta a los usuarios de vuestra institución en los meses marzo - mayo del corriente año, el objetivo es conocer la percepción de los mismos a cerca del servicio de internación.

Cabe aclarar que las encuestas a efectuar, serán presentada como Trabajo Final en Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.

Sin otro particular, agradezco su colaboración y saludo atentamente.

*Dr. Abraham
112424*

sanatorio avellaneda s.r.l.
Avda. San Martín 870 - 51561AKR AVELLANEDA (Prov. de Santa Fe)
Tel.: (03432) 681166 / Fax: 481330 - E-mail: savad@comnet.com.ar

Avellaneda 05 de febrero de 2018.

Por medio de la presente habilitamos a la Dra. María de los Milagros Abraham, tocoginecóloga MP 12424 maestrando de la maestría en gestión de sistemas de servicios y salud, a realizar una encuesta a usuarios del Sanatorio Avellaneda SRL desde marzo a mayo de 2018 sobre percepción en torno al servicio de internación de la institución.

Para ser presentado ante quien corresponda. Sin otro particular, saluda atentamente.

Dr. OSCAR R. ISAAC
SOCIO - GERENTE
DU 21420162

12. Encuesta

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7
¿LAS INSTALACIONES FUERON DE SU AGRADO?							
¿RECONOCE LAS INSTALACIONES EN BUEN ESTADO DE MANTENIMIENTO?							
¿RECONOCE AL PERSONAL PROLIJO?							
¿SINTIÓ CÓMODA LA CAMA Y SILLAS DE SU HABITACIÓN?							
¿LAS SÁBANAS ESTABAN LIMPIAS?							
¿LA ALIMENTACIÓN FUE SERVIDA CALIENTE?							
¿EL PERSONAL SIEMPRE ESTUVO PREDISPUERTO A SUS REQUERIMIENTOS?							
¿LOS TRÁMITES FUERON SENCILLOS PARA SU INTERNACIÓN?							
¿EL PERSONAL SE MOSTRÓ PREDISPUERTO A CONTESTAR SUS PREGUNTAS?							
¿CÓMO CONSIDERA USTED EL TIEMPO QUE LE TOMÓ RESOLVER SU INQUIETUD?							
¿SINTIÓ LA NECESIDAD DE RECLAMOS O QUEJAS?							
EN SU OPINIÓN, LA PERSONA QUE LO ATENDIÓ, ¿SUPO RESOLVER SU PROBLEMA?							
ANTE SU CONSULTA EL PERSONAL, ¿RESOLVIÓ SU NECESIDAD?							
¿CONSIDERA QUE FUE INFORMADO DEL TRATAMIENTO RECIBIDO?							
¿CONSIDERA QUE SU PROBLEMA DE SALUD DE ESTA INTERNACIÓN HA SIDO RESUELTO?							
¿CONSIDERA QUE LOS EMPLEADOS ESTÁN PREPARADOS PARA SUS FUNCIONES?							
¿CONSIDERA QUE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DE SALUD LO ATENDIERON CON UN TRATO ADECUADO?							
¿FUE TRATADO AMABLEMENTE POR EL PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN?							
¿SINTIÓ ATENCIÓN PERSONALIZADA HACIA USTED? ¿CONSIDERA QUE FUE ATENDIDO CON RESPETO Y CORDIALIDAD?							
¿CONSIDERA QUE LAS INDICACIONES MÉDICAS FUERON CLARAS?							

Consentimiento informado

He leído este formulario de aprobación y he tenido la posibilidad de realizar preguntas y quitar mis dudas.

Expreso que entiendo la finalidad de este proyecto y acepto participar en esta investigación de forma voluntaria

Interpreto que el estudio no tiene ningún tipo de riesgo para mi persona y que los resultados del mismo podrán ser favorables para la institución

Firma del participante: _____

Aclaración: _____

DNI del participante: _____

Lugar y fecha: _____

13. Anexo 2

13.1. Presentación de resultados de la encuesta

En este apartado, mostraremos los resultados de la encuesta en forma de torta; para brindar otra forma más gráfica de ver los datos.

Gráfico 1: Nivel de satisfacción del usuario con respecto al estado físico a las instalaciones.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

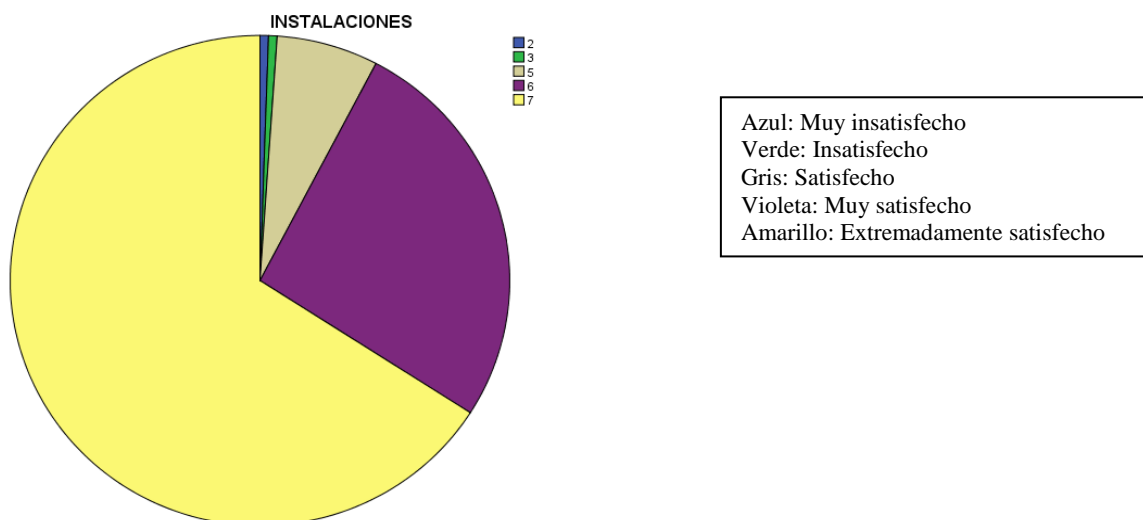


Gráfico 2: Nivel de limpieza de las instalaciones.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

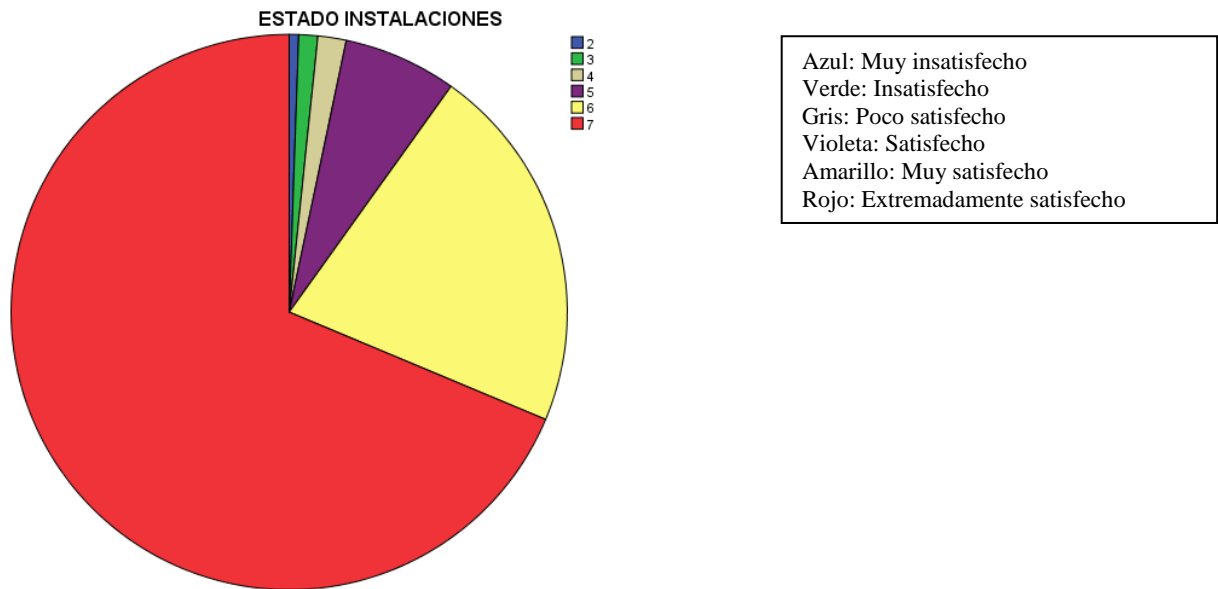


Gráfico 3: Nivel de satisfacción de los usuarios con respecto al trato y atención del personal.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

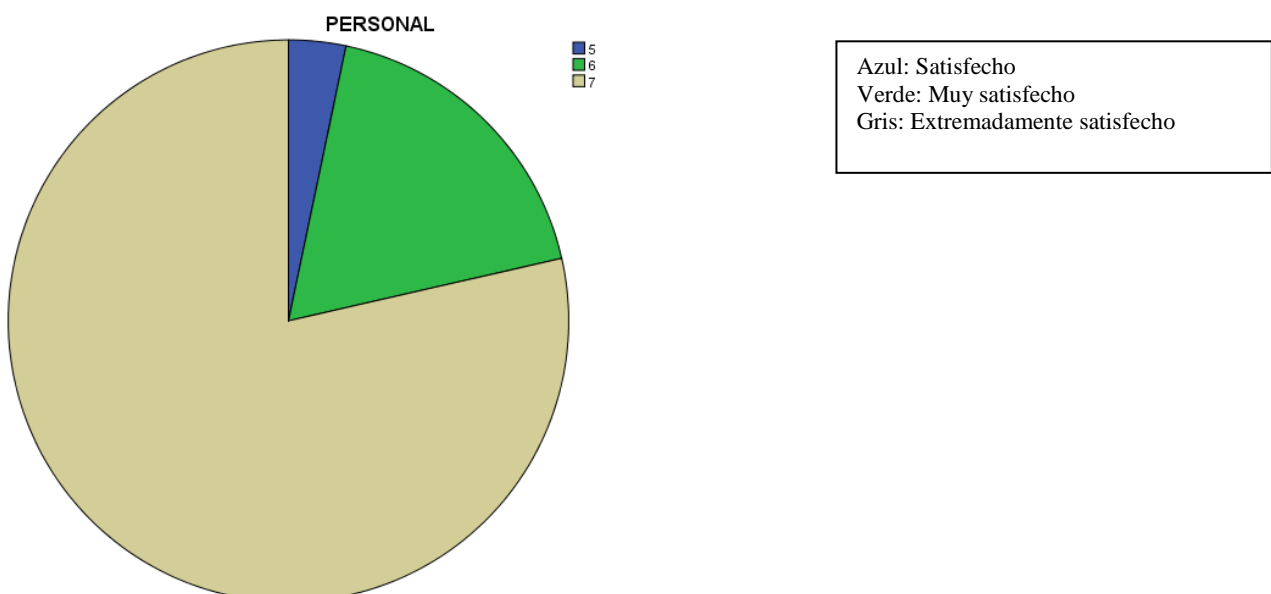


Gráfico 4: Nivel de satisfacción del usuario respecto a la comodidad de las camas y sillas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

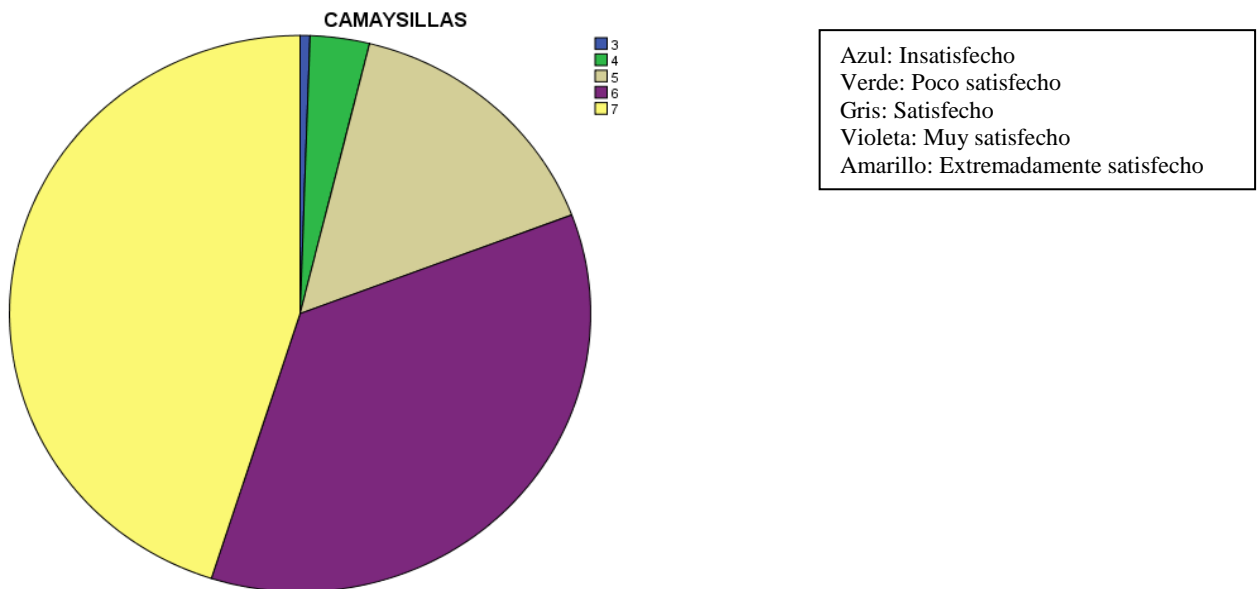


Gráfico 5: Nivel de satisfacción del usuario respecto a la limpieza y calidad de las sábanas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

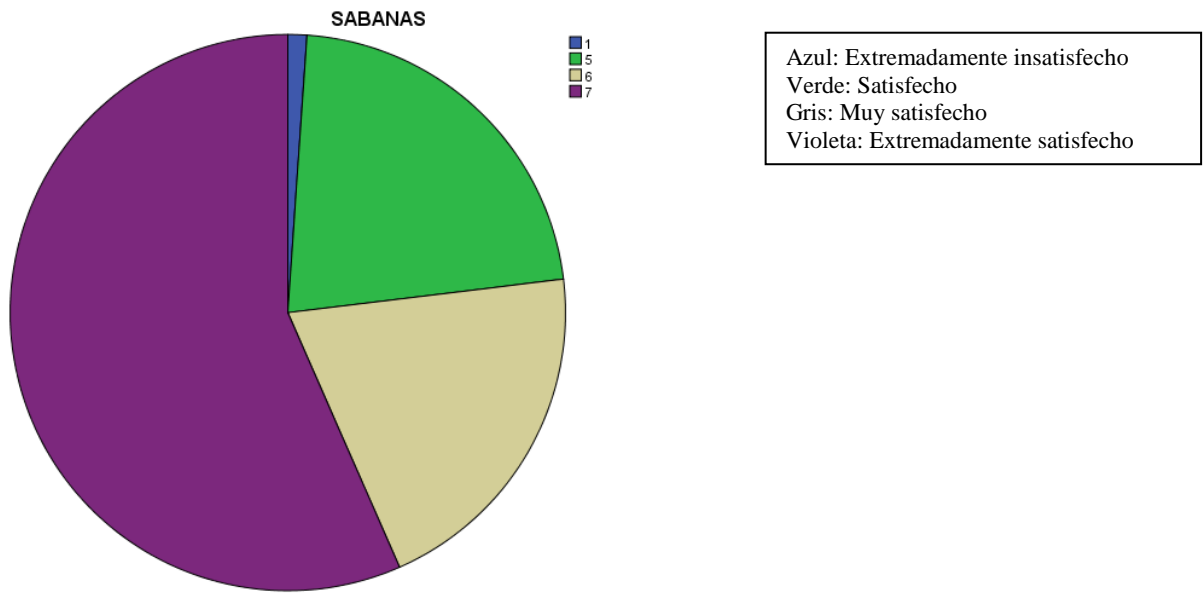


Gráfico 6: Nivel de satisfacción del usuario respecto al servicio de comida.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

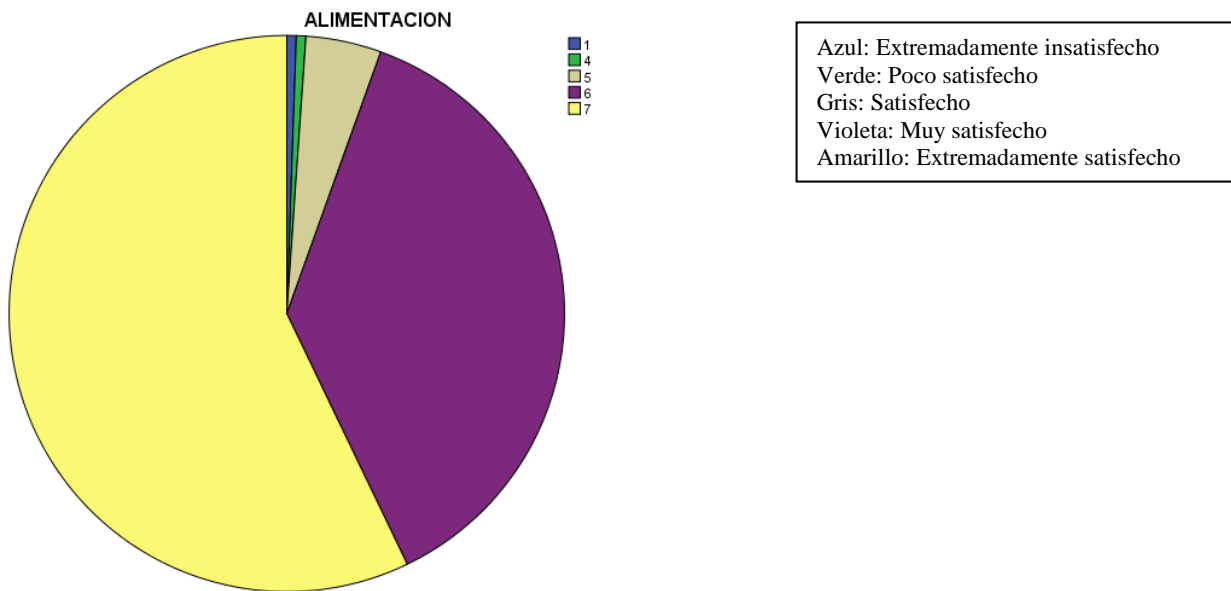


Gráfico 7: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la disponibilidad del personal para su atención.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

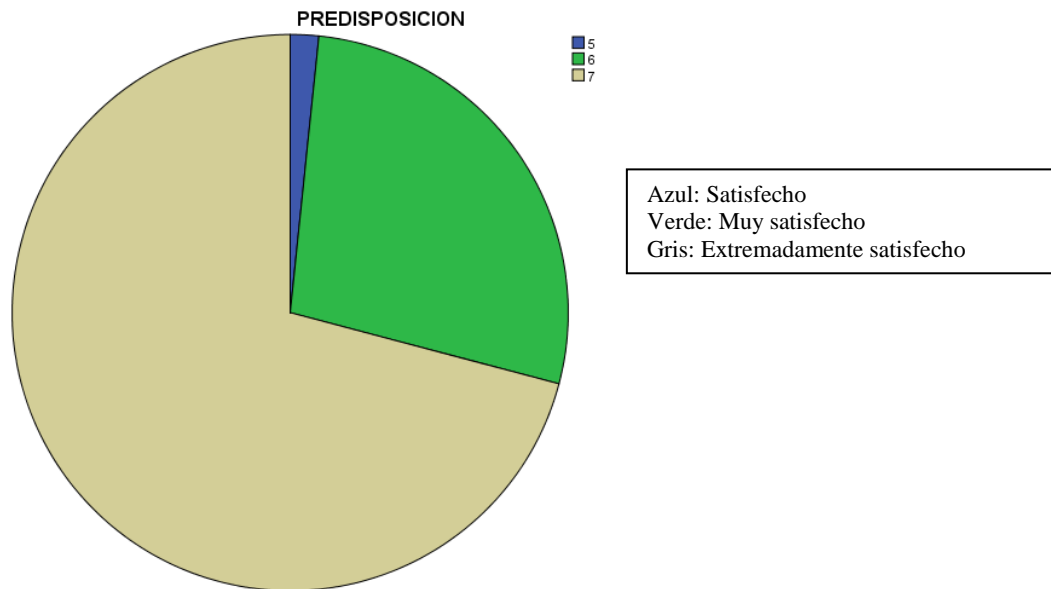


Gráfico 8: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la agilidad de los trámites.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

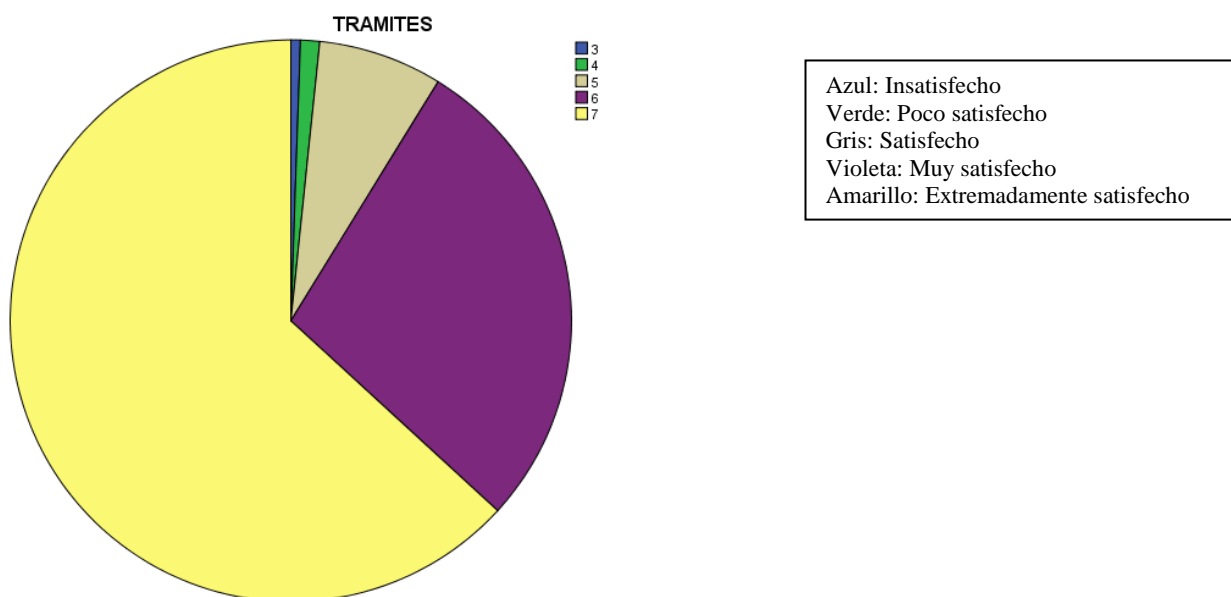


Gráfico 9: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la respuesta a sus consultas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

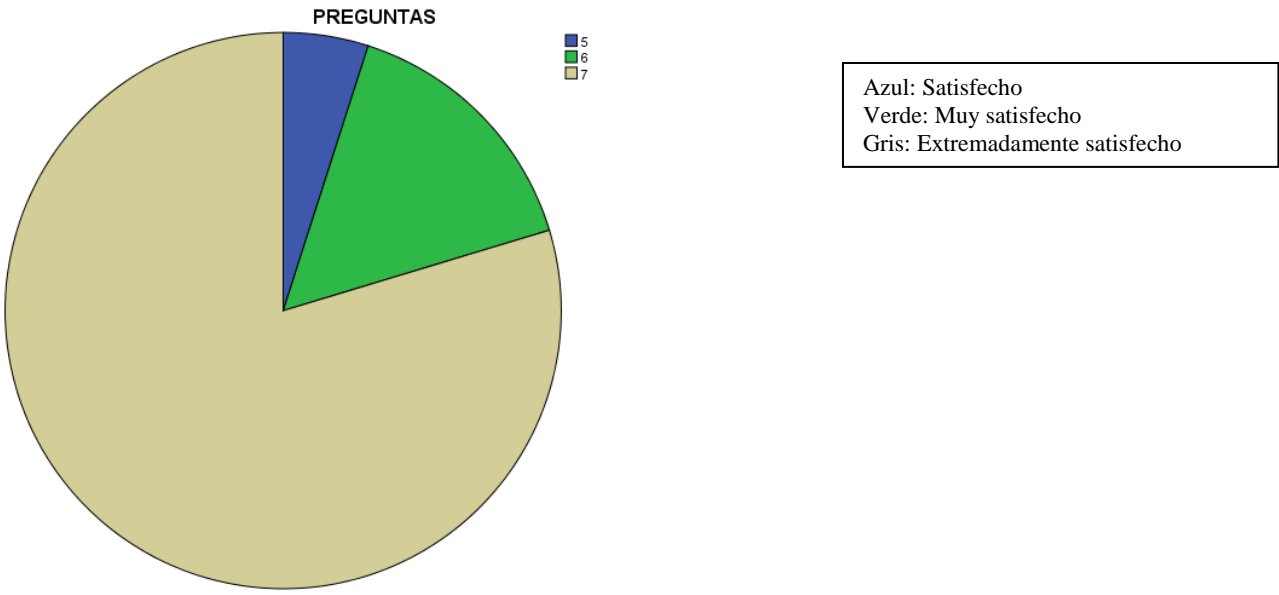


Gráfico 10: Nivel de satisfacción del usuario con respecto al tiempo de respuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

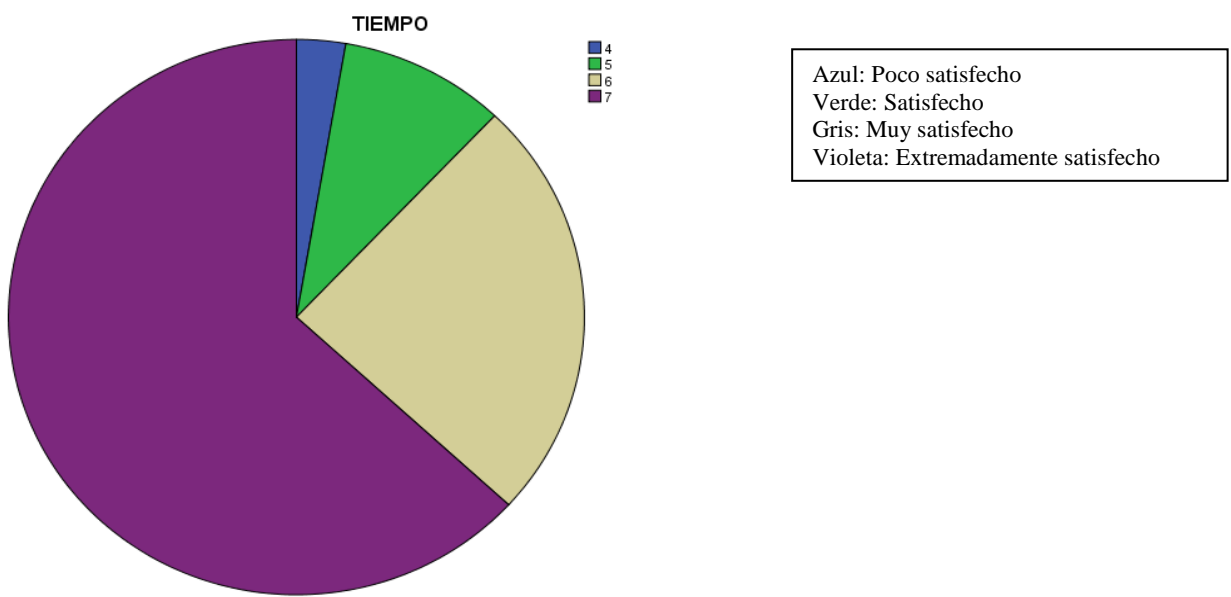


Gráfico 11: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la posibilidad y disponibilidad concreta para presentar quejas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

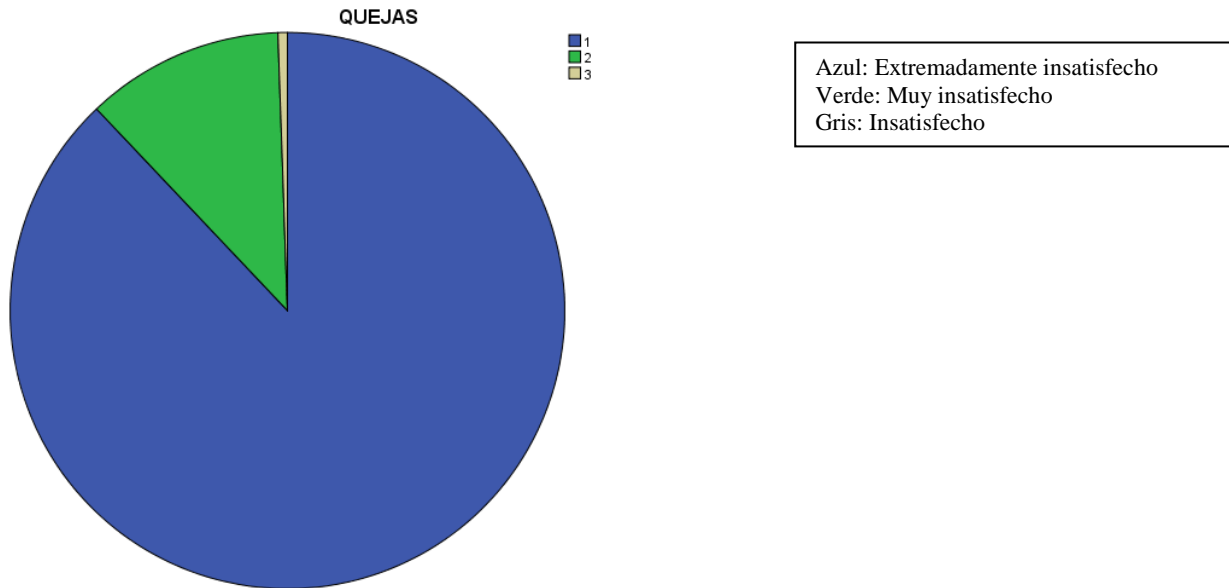
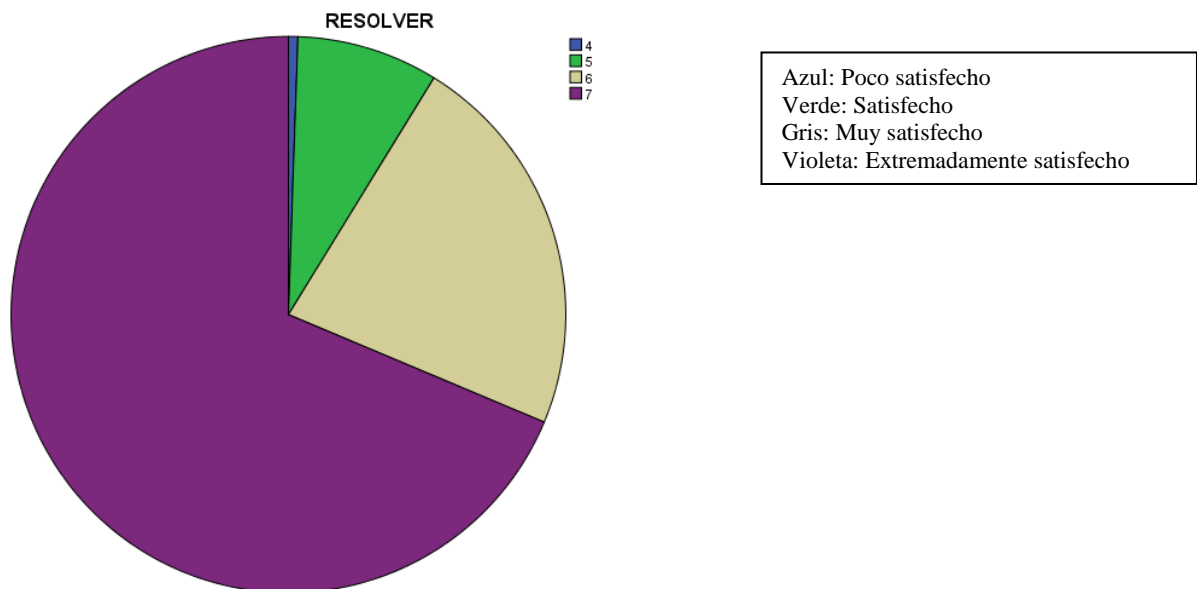


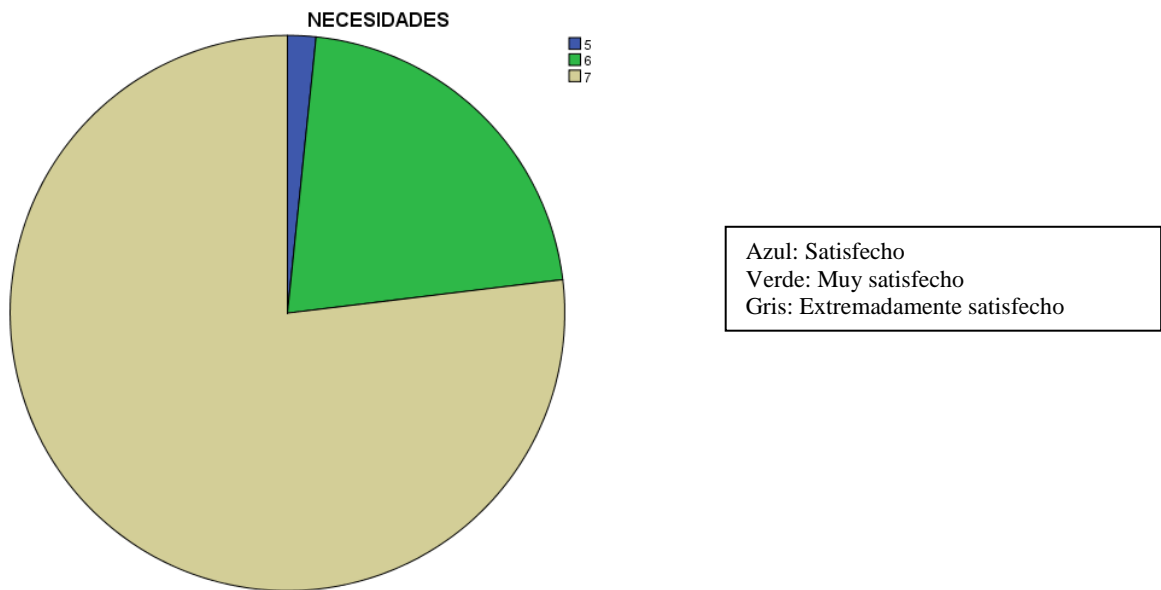
Gráfico 12: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la resolución de problemas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



En Gráfico 13: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la respuesta a sus requerimientos

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



En Gráfico 14: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la información recibida.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

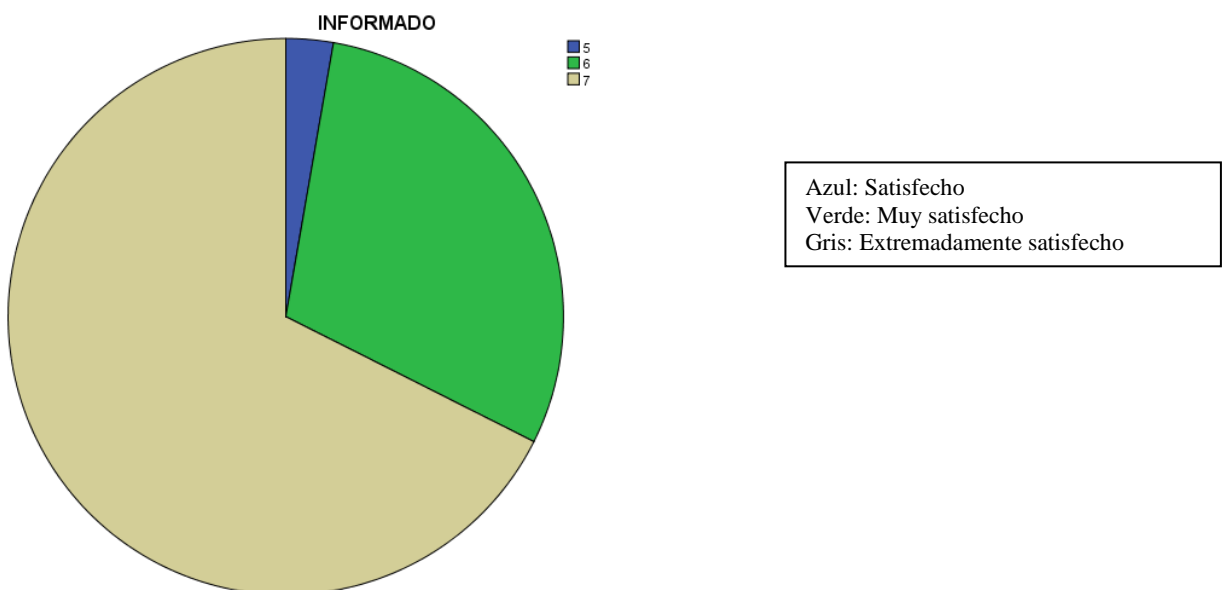


Gráfico 15: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la eficacia para solucionar su patología.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

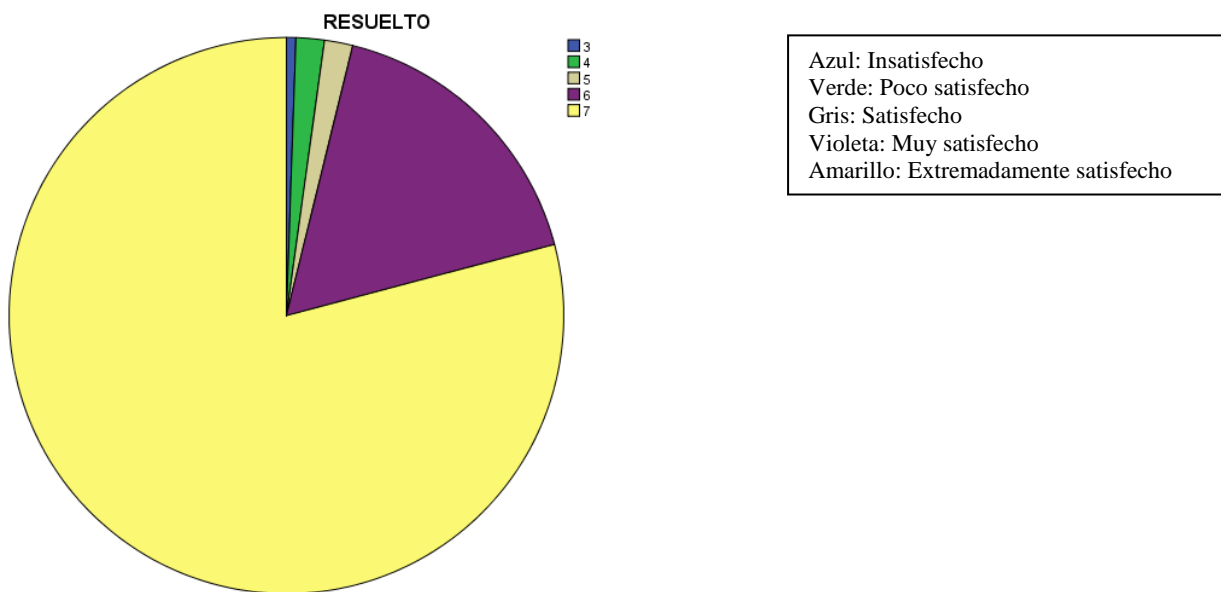


Gráfico 16: Nivel de satisfacción con respecto al nivel de idoneidad del personal.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

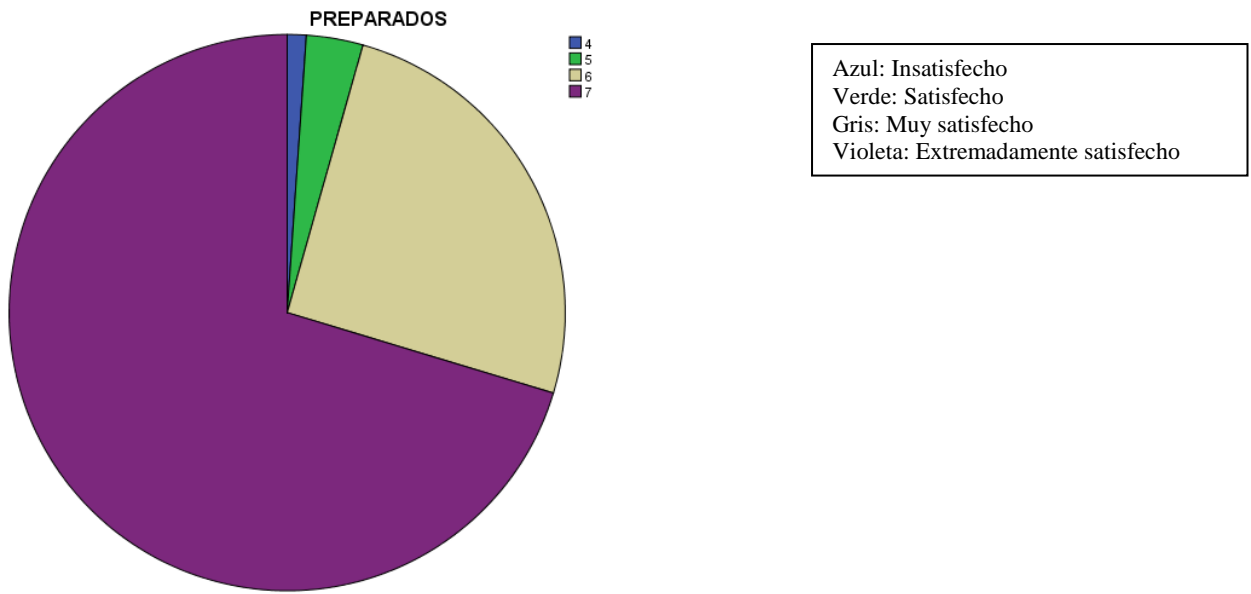


Gráfico 17: Nivel de satisfacción con respecto a la amabilidad de los profesionales de salud.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

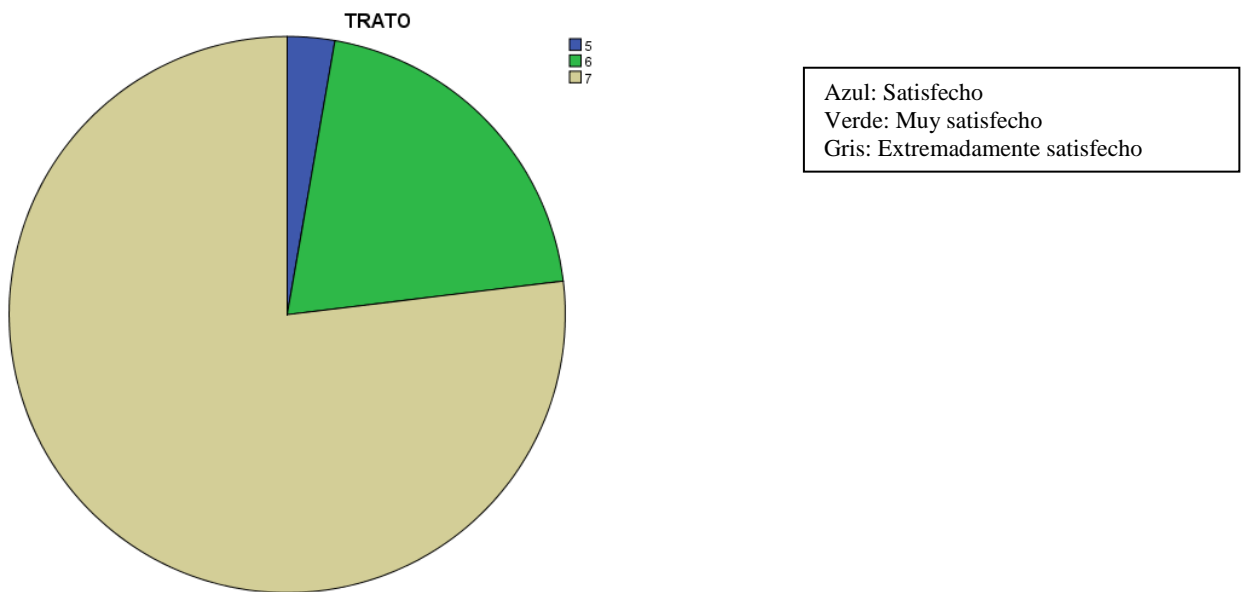


Gráfico 18: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la cortesía del personal administrativo

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta

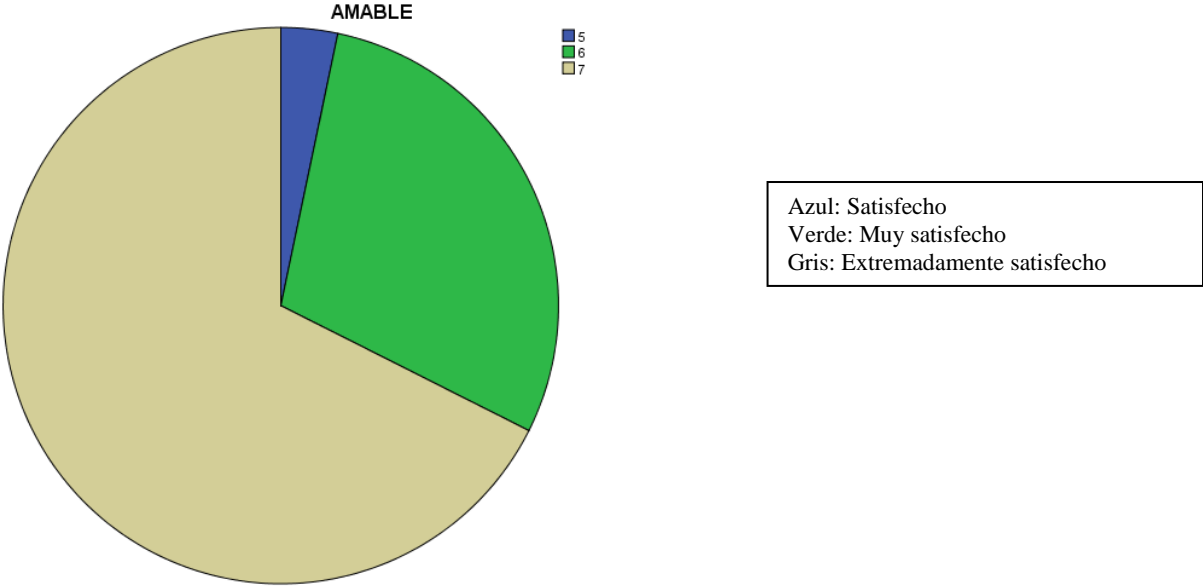
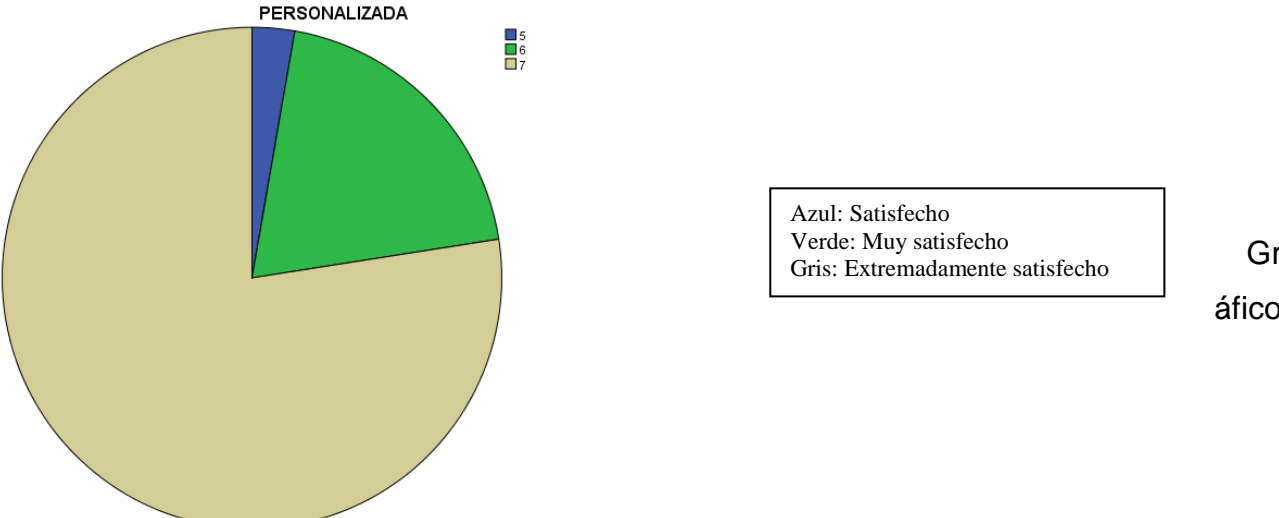


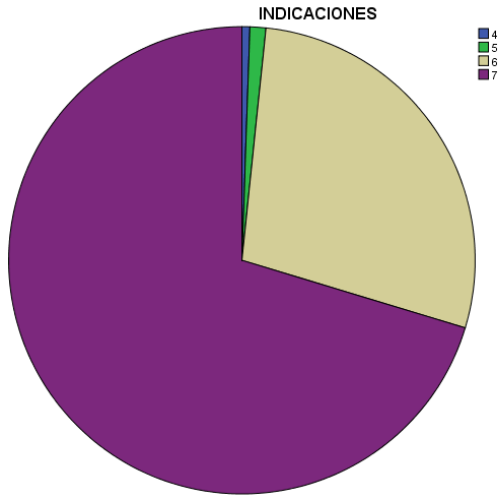
Gráfico 19: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la atención particular de cada caso.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



20: Nivel de satisfacción del usuario con respecto a la comprensión de las indicaciones.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta



Azul: Poco satisfecho
Verde: Satisfecho
Gris: Muy satisfecho
Violeta: Extremadamente satisfecho