

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA



ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS:

TIEMPO DE ESPERA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2021

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentada por:

Mg. SALOMÓN HUAMÁN QUIÑA

Asesora:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Cajamarca, Perú

2023

COPYRIGHT © 2023 by
SALOMÓN HUAMÁN QUIÑA
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Fundada por Ley 140515 del 13 de febrero de 1962
Escuela de Posgrado

La Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de La Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, expide la presente:

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD:

Que, el Magister en Gestión de los Servicios de la Salud **SALOMÓN HUAMÁN QUIÑA**, ha sustentado y aprobado su tesis para obtener el Grado de Doctor en Ciencias, Mención Salud, titulada: **"TIEMPO DE ESPERA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2021"**.

Ha cumplido con los requisitos de originalidad establecidos por la Escuela de Posgrado, para lo cual ha presentado el Reporte de Aplicativo **URKUND** con el **14%** de similitud, reporte presentado por su asesora **Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**.

Se otorga la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines pertinentes.

Cajamarca, 19 de diciembre de 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Elena Ugaz Burga
DIRECTORA



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

MENCIÓN: SALUD

Siendo las 11:30 horas, del día 05 de mayo del año dos mil veintitrés, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. LETICIA NOEMÍ ZAVALETA GONZALES**, **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**, **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**, y en calidad de Asesora la **Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **TIEMPO DE ESPERA Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2021**; presentada por el Magister en Gestión de los Servicios de la Salud **SALOMÓN HUAMÁN QUIÑA**.

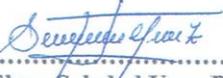
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobación con la calificación de (17) diecisiete - excelente la mencionada Tesis; en tal virtud, el Magister en Gestión de los Servicios de la Salud **SALOMÓN HUAMÁN QUIÑA**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 13:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
Asesora


.....
Dra. Leticia Noemi Zavaleta Gonzales
Presidente - Jurado Evaluador


.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Jurado Evaluador


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mis hijos Harlind y Yesón; con cariño y amor por ser la razón de mi vida y darme toda la energía positiva de esfuerzo y perseverancia.

A mi esposa Zenaida, como justo reconocimiento al sacrificio y comprensión que me ha brindado, base para la culminación del Doctorado en Ciencias, mención Salud.

A mis queridos padres Marcelino y Emperatriz, por darme la vida y apoyo incondicional en cada momento; hicieron todo en la vida para que yo pueda lograr mis sueños.

A mis hermanos: Imelda, Lastenia, Jaime, Orlando y Elsa, quienes con su amor y cariño fortalecen mi camino y me dan fuerzas para seguir adelante.

Salomón

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Marina Violeta Estrada Pérez, Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz, docentes de Investigación y la Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, asesora de tesis; por sus valiosos aportes, seguimiento continuo, confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas, han sido un aporte invaluable, no solo en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por tener a bien dictar el Doctorado en Ciencias: Mención Salud, en la ciudad de Chota, además la disposición para el desarrollo de las clases mediante plataformas virtuales, dado que nos encontramos cruzando la pandemia del covid-19.

A los participantes del estudio de investigación por su apoyo incondicional, a mis compañeros de trabajo del Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas, por haber permitido y facilitado la aplicación del instrumento de investigación a pesar de encontrarnos en curso de la pandemia

Salomón

EPIGRAFE

El secreto de la calidad es el amor, uno debe amar a su paciente; uno debe amar a su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces, puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema.

Avedis Donabedian

Médico especialista en Salud Pública EE. UU.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE APÉNDICES	xi
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.1. Contextualización	3
1.1.2. Descripción del problema	5
1.1.3. Formulación del problema	9
1.2. Justificación e importancia	9
1.2.1. Justificación científica.....	10
1.2.2. Justificación técnica práctica.....	10
1.2.3. Justificación institucional y personal.....	11
1.3. Delimitación de la investigación	12
1.4. Limitaciones	13
1.5. Objetivos	14
1.5.1. Objetivo general	14
1.5.2. Objetivos específicos	14
CAPÍTULO II.....	15
MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Marco epistemológico de la investigación	
2.3. Marco doctrinal	21
2.4. Marco conceptual	23
2.5. Definición de términos básicos	46
CAPÍTULO III	49
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES	49
3.1. Hipótesis	49
3.1.1. Hipótesis general	49

3.2. Variable/categorías	49
3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis.....	51
CAPÍTULO IV	53
MARCO METODOLÓGICO	53
4.1. Ubicación geográfica	53
4.2. Diseño de la investigación	55
4.3. Métodos de la investigación.....	55
4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	56
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	58
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	61
4.7. Consistencia ética y científica.....	62
4.8. Matriz de consistencia metodológica.	65
CAPÍTULO V.....	66
RESULTADOS INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	66
CAPITULO VI	95
PROPUESTA	95
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
APÉNDICES	117

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.	67
TABLA 2 Tiempo de espera promedio según la prioridad de la atención en emergencia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.	69
TABLA 3 Tiempo de espera según categoría (adecuado/inadecuado), de acuerdo con la prioridad de la atención de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.	70
TABLA 4 Nivel de satisfacción en la atención, según los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.	71
TABLA 5 Dimensiones del nivel de satisfacción según los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.	72
TABLA 6 Nivel de satisfacción y tiempo de espera de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.	73

LISTA DE APÉNDICES

	Pág.
APÉNDICE 1 Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021; según las preguntas del cuestionario.	117
APÉNDICE 2 Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia	119
APÉNDICE 3 Ficha técnica de registro para tiempo de espera	122
APÉNDICE 4 Prueba Alfa de Cronbach de la Encuesta de evaluación de Satisfacción.	123
APÉNDICE 5 Matriz de la variable características socio demográfica.	126

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

COVID-19:	Enfermedad provocada por coronavirus SARS-COV-2 de inicio en el año 2019
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas
IPRES:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSA:	Ministerio de Salud
NT:	Norma Técnica
OCDE:	Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
RM:	Resolución Ministerial
SIS:	Seguro Integral de Salud
SUSALUD:	Superintendencia Nacional de Salud
SERVQUAL:	Escala de varios elementos para medir la percepción de los consumidores sobre la calidad del servicio
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota 2021. Estudio de enfoque cuantitativo, transversal, correlacional, diseño no experimental. Para el estudio se tomó una muestra de 127 pacientes adultos que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia. Se utilizó la entrevista como técnica y cuestionarios para medir expectativas y percepciones y la ficha técnica para medir tiempo de espera, se encontró una buena confiabilidad ($\alpha = 0.80$), ($\alpha = 0.80$) y ($\alpha = 0.72$). Los resultados mostraron las características sociodemográficas de los pacientes atendidos del Servicio de Emergencia, el 19,69% tienen entre 33 a 38 años y 7,09% 38 a 44 años; de otro lado, el 5,54% son mujeres y el 40,16% tienen secundaria, finalmente la gran mayoría de usuarios tiene Seguro Integral de Salud (80,31%). Respecto al nivel de satisfacción, el 66,14% están satisfechos y el 33,86% insatisfechos. Con relación al tiempo de espera y la satisfacción, el 46,46% están satisfechos y el tiempo de espera es inadecuado; el 31,50% su nivel es insatisfecho y el tiempo de espera es inadecuado. Se concluye que del total de atendidos el 66% están satisfechos, según el tiempo de espera el 77,95% de pacientes atendidos consideran que el tiempo es inadecuado. Por lo tanto, existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021; mediante la prueba estadística Chi cuadrada con un $p=0.003$.

Palabras claves: Tiempo de espera, Satisfacción, Servicio de Emergencia.

ABSTRACT

The present research had as objective to determine the relation of the waiting time and the satisfaction of the patient treated in the Emergency Service of the Jose Soto Cadenillas Hospital from Chota 2021. Study of quantitative, cross-correlational approach, non-experimental design. For the study, a sample of 127 adult patients who received care in the Emergency Department was taken. The interview was used as a technique and questionnaires to measure expectations and perceptions and the technical sheet to measure the waiting time, a good reliability was found ($\alpha=0.80$), ($\alpha=0.80$) and ($\alpha=0.72$). The results showed the sociodemographic Characteristics of the patients treated in the Emergency Service, 19,69% are between 33 and 38 years old and 7,09% are between 38 and 44 years old; on the other hand, 5,54% are women and 40,16% have high school, finally the vast majority of users have Comprehensive Health Insurance (80.31%). Regarding the level of satisfaction, 66,14% are satisfied and only 33,86% are dissatisfied. In relation to the waiting time and satisfaction, 46,46% their level is satisfied and their waiting time is inadequate; 31,50% their level is unsatisfied and their waiting time is inadequate. From the present study it is concluded that 66% of the total number of patients are satisfied, according to the waiting time, 77,95% of the patients consider that the time is inadequate. Therefore, there is a relation between the waiting time and the satisfaction of the patient treated in the Emergency Service of the Jose Soto Cadenillas Hospital from Chota, 2021; using the Chi square statistical test with $p=0.003$.

Key Words: Waiting time, Satisfaction, Emergency Service.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha significado para el sector salud, implantación de fórmulas de gestión que puedan amoldarse con las nuevas pautas culturales y sociales y han originado un ámbito de referencia en el que las empresas que prestan asistencia sanitaria se han introducido en un proceso de reconversión, cuyos frutos han sido modernas empresas de servicios.

La presente investigación estudia; el tiempo de espera y satisfacción del paciente atendido Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas 2021, se realizó con la finalidad de conocer la relación que existe entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia. Los resultados y conclusiones están a disposición del mundo académico, directivos y profesionales del nosocomio en estudio y personas que tenga interés en el tema. La investigación ha seguido las pautas que pone en consideración la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, las cuales están divididas en seis capítulos desarrollados con sus respectivas características.

El interés por estudiar el tema parte de la poca o mínima de información sobre evaluación de calidad de atención y la satisfacción percibida por los usuarios en los establecimientos de salud y en particular del Hospital José Soto Cadenillas Chota, con alta demanda, se pretende que los resultados sirvan para el planteamiento de planes de mejora en los tópicos con mala o regular calidad o insatisfacción percibida por los usuarios, de otro lado los profesionales de la salud deben reconocer la función

importante de la promoción y recuperación de la salud tanto del individuo, familia y comunidad; Al asumir el compromiso con la salud también es brindar al usuario los elementos materiales y de su entorno que facilite su recuperación e reincorporación a su vida diaria.

La tesis está estructurada en seis capítulos como sigue:

- **El Capítulo I**, se considera el planteamiento del problema: Contextualización, descripción del problema, formulación del problema, así como la justificación científica, técnica e institucional y personal; el objetivo general y objetivos específicos.
- **En el Capítulo II**, consta del marco teórico: epistemológico, doctrinal y conceptual; los antecedentes de la investigación y las bases teóricas.
- **En el Capítulo III**, se presenta el planteamiento de las hipótesis, operacionalización de variables de estudio, su definición conceptual y operacional.
- **En el Capítulo IV**, en el marco metodológico se menciona el método de investigación, población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación; técnicas e instrumentos de recopilación de información, técnicas para el procesamiento.
- **El Capítulo V**, muestra los resultados de la investigación, con la presentación de tablas, su interpretación análisis y discusión.
- **El Capítulo VI**, propuesta. conclusiones, recomendaciones y sugerencias que se obtuvieron en la ejecución del trabajo.

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

El Servicio de Emergencia es el primer punto de contacto de muchos pacientes que necesitan los servicios de salud de forma inmediata. Este servicio suele tener cada vez mayores niveles de congestión, debido que el número de pacientes a menudo excede las capacidades de este, tendiendo a incrementar los tiempos de espera y disminuyendo la satisfacción del paciente, así como también la calidad asistencial (1). La calidad del encuentro inicial entre el personal de salud, los pacientes y acompañantes en la emergencia, determina la forma en que los pacientes y sus acompañantes perciben la experiencia hospitalaria, la calidad de los cuidados que reciben y la satisfacción con el servicio sanitario (2).

Tal es así que, en algunos países europeos han mostrado interés en sus hospitales y pacientes, especialmente en el tiempo de espera en los servicios de emergencia o urgencias, estableciéndose sanciones económicas, con la finalidad que los trabajadores cumplan con los tiempos de espera establecidos (Inglaterra), mientras que otros han implementado incentivos para los profesionales (Holanda) (3). Una de las medidas más utilizadas a nivel internacional para reducir los tiempos de espera en los servicios de salud, es establecer plazos máximos de espera. Sin embargo, para que estos plazos máximos se puedan cumplir, es necesario cuantificar dichos tiempos y determinar la disponibilidad de los recursos físicos, materiales y humanos (3).

Por lo tanto, los tiempos de espera en los Servicios de Emergencia, son un problema común de muchos países del mundo, evidenciando repercusión en los pacientes y en los sistemas de salud. Estos efectos repercuten en el deterioro del estado de salud de los pacientes, la prolongación de su sufrimiento y la legitimidad de los sistemas de salud. Para mejorar y gestionar los tiempos de espera, los países de la Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico (OCDE) han implementado diferentes mecanismos basados en el aumento de la oferta de recursos (hospitales, servicios de atención, quirófanos, especialistas, etc.), factores que mejoren las salidas de las listas de espera (4).

También los tiempos de espera tiene una repercusión directa en la expectativa y la percepción de la atención lo que determina la satisfacción del paciente y todo esto refleja en la calidad del cuidado de enfermería y/o atención médica que actualmente es y será siendo centro de debate en los espacios educativos y asistenciales. El más difundido y aceptado por los estudiosos fue el propuesto por Avedis Donabedian en 1966; entiende la satisfacción del paciente, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”(5).

Por lo que, es una preocupación permanente del Ministerio de Salud y trabajadores, alcanzar un alto grado de satisfacción en el paciente; a pesar de las múltiples deficiencias que existe en la actualidad, lo que, no permite garantizar la continuidad de la atención en los servicios hospitalarios, pero aun así los trabajadores de los Servicios de Emergencia también persiguen obtener el máximo grado de satisfacción en sus pacientes, solo que para

lograrlo se debe trabajar primeramente en conocer las expectativas de los pacientes; según Muntlin et. al; menciona que la expectativa de los pacientes de los Servicios de Emergencia se basa en: competencia técnica, actitud positiva de parte del personal de salud, adecuada información, salas de espera confortables, privacidad y confidencialidad (9).

1.1.2. Descripción del problema

En la última década, en América Latina se evidencia notables cambios en las organizaciones de los sistemas nacionales de salud, donde se prioriza la calidad de atención prestada, dado que es un requisito fundamental para la seguridad y satisfacción de los usuarios, acompañado con el rendimiento reflejado por el centro hospitalario. Todo esto conlleva a reflexionar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad – Gestión del Cuidado de Enfermería y Atención Médica en todas las instituciones y que sin ninguna excepción deben ser evaluados constantemente hasta lograr una alta satisfacción y mejora la calidad de atención al paciente (6).

En países europeos, como España, estudios reflejan que el tiempo de espera en promedio, de paciente, para ser atendido en los servicios de emergencia, es de 38.3 minutos siendo el mínimo 27 min. y como máximo 50.3 minutos., considerándole extremadamente elevado. También analizaron la relación entre tiempo de espera percibido, teniendo en cuenta los dominios de la escala de satisfacción, concluyen que la satisfacción descendía a medida que la percepción del tiempo de espera aumenta (2).

Sería importante contar con estudios comparativos entre países de América Latina sobre las variables en estudio, a fin de tener datos estadísticos sobre los tiempos de espera y satisfacción del paciente, pero son muy limitados, pero en el Perú se cuenta con un estudio de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) 2014-2016, sobre satisfacción y tiempo de espera en establecimientos de salud, teniendo como resultados el nivel de satisfacción; 70,1%, 73,7% y 73,9% para el 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Los usuarios afiliados al Seguro Integral de Salud (2014: 67,7% y 2016: 67,6%) y Seguro Social de Salud (EsSalud) (2015: 67,2%) fueron los que presentaron menores porcentajes (8). Tal es así que existe todavía una brecha amplia de insatisfacción de los pacientes.

Las regiones que presentaron incremento en la satisfacción fueron Cajamarca (2016-2014: 26%), La Libertad 26%. La mediana del tiempo de espera fue de 60 (30-120), 75 (30-150) y 75 (35-140) minutos, para los años 2014, 2015 y 2016, respectivamente. La demora en la atención fue el problema más frecuente identificado por los usuarios (9)

En el Perú, no es la excepción escuchar el gran interés de las instituciones de salud en evaluar y mejorar la calidad de la atención al paciente. La evaluación abarca desde la relación interpersonal con el paciente, la infraestructura del establecimiento, con el único objetivo de mejorar la salud de la persona, familia y comunidad; el MINSA al respecto refiere que, el Estado entendiendo la Salud como un Derecho, así como el acceso a la atención de salud de manera oportuna y de calidad, tiene que

implementar esfuerzos para que dichas atenciones se den en condiciones de seguridad y eficiencia para los pacientes y la sociedad (8).

Medir la satisfacción de los pacientes en este contexto no es una tarea sencilla, ya que incluso aspectos como la administración, deficiencia de personal; infraestructura (los espacios amplios y cortos, la luz, mobiliario, el ruido ambiental, la limpieza), pueden afectar este parámetro. Sin embargo, si el usuario percibe atención buena de calidez y calidad, con eficiencia y eficacia por parte del grupo multidisciplinario de la salud, pueden retirarse del servicio y del centro hospitalario, como usuarios satisfechos, sin importarles las desventajas del hospital como las características de administración e infraestructura, resultados similares fueron publicados por otros autores (7).

También el espacio físico reducido, el escaso personal, aumento de la población, conlleva el exceso trabajo para el recurso humano, esto influye en una mala atención e insatisfacción del paciente, por lo que constantemente hay reclamos y quejas por la atención que recibe de parte del personal de salud, Calle, Marlo. Lo que motivó al autor a realizar esta investigación con el propósito de relacionar tiempo de espera y satisfacción y mejorar los flujos de atención en las diferentes áreas del servicio de emergencia desde que el paciente ingresa y sale de alta del servicio, manteniendo siempre la tolerancia y paciencia mutua que se verá reflejado en una alta satisfacción por parte del paciente (9).

El estudio de Pinedo-Portilla. menciona que, para saber la satisfacción se debe conocer las expectativas de los pacientes o en que se basan las

mismas, pues esto permitirá una alta satisfacción y al mismo tiempo obtener mejores resultados (10).

Actualmente existe problemática en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, tiene una antigüedad más de 53 años de creación, existen quejas de los pacientes o familiares que acuden al nosocomio; demora en la atención, falta de personal de salud, infraestructura inadecuada, alta demanda de pacientes y otros. Sin embargo, se ha observado que muchos de los pacientes no deben ser atendidos por emergencia pero si por consultorios externos, pero acuden por desconocimiento y/o comodidad, ocupando tiempo y espacio a los pacientes que si deberían ser atendidos allí, por lo que, se requieren información, organización y un buen triaje para seleccionar pacientes según prioridad de Salud (11).

En tal sentido, se realizó la investigación con el fin de conocer cuál es tiempo de espera promedio en el servicio de emergencia, iniciando el área de triaje luego la atención médica en el tópico de medicina, cirugía y traumatología concluyendo con el alta respectiva. Se aplicaron instrumentos de medición y se obtuvieron resultados que han permitido identificar las dificultades que cuenta el hospital en lo que respecta a la organización y gestión del servicio de emergencia, aun mas teniendo lo que se estaba pasando la pandemia del COVID-19. Toda vez que se existe una alta demanda de pacientes, para el reducido equipo de profesionales que se cuenta por turnos; según estadísticas del año 2018, se tuvo 6,500 atenciones que equivale a 542 atenciones por mes y 18 pacientes por día,

según la oficina de estadística del Hospital José Soto Cadenillas. Chota (12).

1.1.3. Formulación del problema

¿Cuál es la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021?

Preguntas específicas:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y tipo de seguro del paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021?

¿Cuál es el tiempo de espera promedio del paciente atendido en el Servicio Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2021?

¿Qué nivel de satisfacción percibe el paciente atendido en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021?

1.2. Justificación e importancia

Por lo tanto, es necesario el estudio de satisfacción de la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, teniendo como enfoque y punto de partida la expectativa versus percepción para obtener como resultado la satisfacción del paciente (13). También sirve como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios, además con el presente estudio se busca fortalecer un conjunto de servicios que conforman los procesos de atención, teniendo como base las dimensiones: Técnicas, interpersonales y ambientales o entorno (14).

También es importante porque se estudian los tiempos de espera; en el área de triaje y en los tópicos de atención médica del servicio de emergencia, dado que este estudio permite realizar una valoración de la visión que tiene el paciente del sistema de atención de servicio y puede conducir a situaciones en las que, si un sistema de atención es percibido como malo, deficiente o insatisfactorio, constituye para ellos un mal sistema de atención (15). Entendiendo que la visión del paciente es determinante para el éxito o fracaso del proceso, por tal motivo es necesario correlacionar las variables tiempo de espera y satisfacción del paciente.

1.2.1. Justificación científica

La insatisfacción y los tiempos de espera largos, se ha evidenciado que repercuten directamente con el deterioro del estado de salud del paciente, lo que conlleva a la prolongación de su sufrimiento y la legitimidad del sistema de salud, por lo tanto, es justificable emprender estudios de investigación en esta línea de investigación a fin de identificar la problemática real de las instituciones de salud.

Del mismo modo en el ámbito académico, este estudio aporta en la formación de los futuros profesionales de Ciencias de la Salud, al proveer conocimientos que brinde una atención de calidad y de un alto nivel de satisfacción, la misma que debe ser eficiente y oportuna.

1.2.2. Justificación técnica práctica

El presente estudio, está acorde con los Lineamientos de Políticas de Salud 2007 - 2020, del Plan Concertado de Salud, puntualmente en el acápite 5

sobre el mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, enfocado a la satisfacción del paciente y la implementación del sistema de mejora continua de la calidad, asignando incentivos para que el sistema funcione (13).

Este estudio es importante para el Hospital José Soto Cadenillas Chota, porque ha permitido determinar el tiempo de espera y el nivel de satisfacción del paciente en el Servicio de Emergencia. El resultado de la presente investigación sirve para la toma de las mejores decisiones a los directivos y profesionales de la salud, lo que permite encaminar una gestión eficiente, tomando en cuenta la opinión del paciente, como indicador de calidad.

Además, esta investigación es viable, debido a que: a) Se cuenta con los recursos de infraestructura (físicos, humanos y tecnológicos) que requiere la investigación, b) Existe el presupuesto, recurso humano y tiempo necesario para cumplir con la magnitud del problema a investigar (objetivos de la investigación), y c) Tiene una utilidad potencial, la misma que está debidamente justificada a nivel académico y social.

1.2.3. Justificación institucional y personal

La Universidad como institución formadora y el Hospital como institución pública que brinda servicios de salud a la población, tratan de resolver los álgidos problemas de la salud con enfoque holístico, poniendo a la vanguardia la investigación científica a través de los graduandos, a fin de identificar las deficiencias técnicas, interpersonales e infraestructura de la institución de salud, con el fin de buscar alternativas de solución a través

de propuestas de mejoras continuas, y que finalmente se logre usuarios satisfechos por el servicio de salud brindado.

En lo particular, desde el egreso de la Universidad, la labor desempeñada es como asistencial y en otras como administrativo, en establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención, durante este tiempo he observado los problemas de insatisfacción de usuarios de los servicios de salud; desde el punto de vista empírico se pensaba que se debía a la mala organización, maltrato de personal, carencia de recursos humanos, deficiente infraestructura etc. esperando mostrar con los resultados del presente estudio se conozca la real dimensión del problema de la insatisfacción los que permite implementar los planes de mejora continua y tomar las mejores decisiones tanto asistenciales y administrativas.

1.3. Delimitación de la investigación

El estudio comprendió, determinar la relación el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia, organizado según el marco conceptual aportado por Donabedian y Parasuraman, et. al, quien elaboró un instrumento para la medición de la percepción de la calidad de los servicios, al que denomina SERVQUAL, teniendo como base teórica el paradigma de la desconfirmación, que explica la diferencia entre que el cliente espera y lo que percibe.

Las variables estudiadas son: tiempo de espera y satisfacción, para la primera se midió en minutos transcurridos desde el triaje hasta la atención médica y la segunda se obtuvo a través de un cuestionario estilo Likert recogiendo cinco

dimensiones: capacidad de respuesta, empatía, confiabilidad, seguridad y elementos tangibles. Dicho instrumento ha sido validado por el Ministerio de Salud (MINSA), Perú, el cual viene siendo aplicado en todos los establecimientos de salud en cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital José Soto Cadenillas, ubicado en el distrito y provincia de Chota, durante el año 2021. Durante el desarrollo se utilizó estrictamente el método científico lo que permitió asegurar la confiabilidad y fiabilidad del estudio. Los criterios éticos y el rigor científico se tuvieron en cuenta en todo el proceso. La investigación fue autofinanciada y administrada por el investigador.

1.4. Limitaciones

No existen trabajos de investigación similares a nivel local, especialmente con las variables que nos ocupa el estudio.

Limitado acceso a la información virtual, debido a que las bases de datos donde almacenan las mejores investigaciones en el mundo son restringidas y se condicionan a un pago.

Limitado acceso al Servicio de Emergencia y pacientes, debido al estricto cumplimiento de los protocolos de bioseguridad contra el COVID-19.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y tipo de seguro del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas.
- Precisar el tiempo de espera promedio, del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas.
- Establecer la satisfacción y dimensiones del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En relación con el tema de estudio se revisó la literatura a nivel internacional, nacional y local encontrándose estudios de enfermería similares y los demás guardan relación, sirviendo como soporte teórico a la presente investigación; así tenemos:

2.1.1. Antecedente internacional

En el estudio de Gavilánez M y Denisse G. (Ecuador, 2021), investigaron la relación entre el tiempo de espera y satisfacción del usuario externo del Servicio de Emergencia del Hospital Jaime Roldós Aguilera. La metodología fue cuantitativa, de diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La población estudiada 317. Como instrumento se usaron dos cuestionarios: Uno sobre tiempo de espera y el cuestionario Servqual validado por MINSA Perú. Se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman. Los resultados que se obtuvieron determinaron una significancia mayor a 0,05 (sig.= 0,615). Se concluye que no existe implicación sobre del tiempo de espera en la satisfacción del usuario, lo que se infiere que en el contexto investigado la satisfacción está asociada a otros aspectos (16).

2.1.2. Antecedentes nacionales

En la investigación denominada La Satisfacción del Usuario Externo en Tiempo de Espera en la atención de Emergencia del Hospital General Norte IESS - Los Ceibos de Lima, 2021. El estudio es cuantitativo, transversal descriptivo-correlacional. La muestra fue 90 usuarios. Los instrumentos de recolección fueron; la ficha de observación y otro, los instrumentos fueron validados y se utilizó la estadística de alfa de Cronbach. Resultados; los pacientes evalúan el servicio médico de regular a malo evidenciando inconvenientes en la atención y organización del personal, el tiempo de espera es de 4 horas o más, la escala de Manchester determina que no se aplican bien los protocolos. Como conclusión se evidencia que la satisfacción del usuario se relaciona de manera directa con el tiempo establecido (19).

En el estudio titulado Tiempo de Espera y Satisfacción del Paciente en el Servicio de Emergencia - Obstetricia del Hospital Referencial Ferreñafe 2020, realizado por Pérez M., tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y la satisfacción. Estudio de tipo cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal y correlacional, la población fue 92 personas. Los instrumentos fueron encuesta para medir el tiempo de espera y cuestionario modelo Servqual. Resultados: Nivel de significancia $,001 > 0,01$, señala que se rechaza la hipótesis nula y si existe relación entre tiempo de espera y satisfacción del paciente en el Servicio de Emergencia, obteniendo una correlación negativa de nivel

bajo. Se concluye a medida que el tiempo de espera se alarga disminuye la satisfacción en los pacientes (20).

En el estudio de Poma E y Ramos J. sobre Tiempo de espera y satisfacción a la atención de usuarios del servicio de emergencia del Hospital Lircay - Huancavelica en el año 2019. El estudio fue descriptivo correlacional, no experimental. La muestra fue de 52 pacientes; los instrumentos el SERVQUAL modificada y el análisis documental de contenido.

Resultados: tiempo de espera el 50% esperaron más de 15 minutos, el 30,77% esperaron de 10 a 15 min, y el 19,23% esperaron de 5 a 10 minutos. En relación con la satisfacción el 73,08% se siente insatisfecho con el servicio recibido y el 26,92% se siente satisfecho. Conclusiones: Existe influencia significativa del tiempo de espera en la satisfacción respecto a la atención del usuario (21).

La investigación realizada por Pérez C. en el Hospital Belén de Trujillo, año 2018, estudió la satisfacción del usuario y la relación con el tiempo de espera en el servicio de emergencia. Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal – prospectivo, la población fue de 204 pacientes. Como instrumento utilizó: la Guía Técnica MINSA 2011 y el formato de medición por ruta y tiempo, obteniendo como resultados: el usuario para ser atendido en emergencia es menor de 3 horas, con el 14% en el área administrativa, 42% en la asistencia y 47% en los exámenes auxiliares; sin embargo, fue mayor de 3 horas en el área administrativa en el 86%, 58%

en la asistencia y 53% en exámenes auxiliares. Se concluye que el 69% de usuarios satisfechos tienen un tiempo de espera menor de 3 horas, mientras que el 31% de usuarios insatisfechos es mayor de 3 horas (7).

En el estudio acerca del Nivel de Prioridad del Triage y Tiempo de Espera en la Atención de Emergencia en la clínica Jesús del Norte de Lima, 2018. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y aleatorio ya que se calculó los tiempos de espera de pacientes de emergencia desde la atención en triaje hasta la primera atención médica. La muestra es de 152 historias clínicas. Para la recolección de datos se utilizó las historias clínicas de manera aleatoria y como base se utilizó la norma técnica. Resultados: El 55,26% fueron de sexo masculino, las prioridades de mayor atención fue la III siendo 67,11% y por último el 82,24% de pacientes atendidos cumplieron con la norma técnica, mientras que el 17,76% no lo logró (18).

En una Institución Privada de Salud de Categoría III-1, 2018, de la ciudad de Lima investigó Matzumura K., Gutiérrez C y Zamudio E., sobre Satisfacción de la Atención en el Servicio de Emergencia. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra está constituida por 206 participantes. El instrumento fue la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción. Los resultados la dimensión fiabilidad el 57,4% de usuarios están insatisfechos, dimensión capacidad de respuesta, 63% de insatisfacción, dimensión seguridad el 56,9% responden insatisfacción, dimensiones empatía y aspectos tangibles, el 55.6% de insatisfacción. Se

concluye que la dimensión capacidad de respuesta obtuvo la mayor puntuación de insatisfacción, mientras que la dimensión empatía y aspectos tangibles obtuvieron mejores resultados de satisfacción (22).

La investigación llevada a cabo por Zambrano R. (Lima, 2017), estudia la correlación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente con prioridad III en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval. Estudio de tipo cuantitativo, correlacional causal, como instrumento aplicó una lista de cotejo para medir los tiempos de espera y un cuestionario para medir la satisfacción, participaron en el estudio 161 pacientes.

Los resultados fueron: el 31,6% consideran la satisfacción global que el tiempo de espera en el servicio de emergencia fue razonable, mientras que el 48,5% consideran la atención en laboratorio es prolongado. Conclusión: se pudo establecer según el coeficiente de correlación Rho de Spearman, existe correlación negativa normal entre tiempo de espera y satisfacción de pacientes con prioridad III, es decir a mayor tiempo de espera en la atención de emergencia, menor satisfacción (15).

2.2. Marco epistemológico de la investigación

El modelo epistémico adoptado fue el realismo - empírico - positivista.

La investigación se basa en el enfoque cuantitativo, el mismo que se fundamenta en la medición de fenómenos, es esencial y probatorio y se estudian a través de procedimientos rigurosos y objetivos. Este enfoque favoreció el nacimiento de la ciencia moderna, trascendiendo en el curso de la historia (53).

El realismo es un modelo epistémico originario, que afirma “la realidad existe independientemente de la idea o del conocimiento”. Las posturas realistas desconfían de las ideas: centran su atención en los hechos. Para un realista, los hechos son los que cuentan, los hechos son anteriores a las ideas; la realidad enseña y de ella se aprende, Por ende, sostiene que tanto la experiencia (empirismo) como la razón (racionalismo) son necesarias para conocer la realidad (23). En el presente estudio en la variable tiempos de espera se relaciona con la teoría del realismo por que en dicha investigación se tiene la intención de mostrar los hechos tal cual como se presentan en la realidad en el Servicio de Emergencia, dado que los tiempos de espera prolongados conlleva al deterioro del estado de salud, empeora la enfermedad y prolonga el sufrimiento de paciente y esto es una triste realidad que se expresa de manera objetiva.

También se relaciona con el modelo filosófico del empirismo por la filosofía de la experiencia, dicho modelo acepta que la experiencia como la única fuente del saber, para el empirismo la experiencia es garantía de validez del conocimiento (23). La segunda variable del estudio es la satisfacción, cuyo resultado depende de las experiencias y las emociones previas que haya tenido el paciente durante el proceso de atención en el servicio de emergencia, es decir la satisfacción se origina a partir del procesamiento cognitivo de la información y es consecuencia de la experiencia, tal es así que la satisfacción o insatisfacción del paciente es el resultado de una comparación entre las expectativas y las percepciones de los atributos. Entre más grande sea la divergencia, más alta será la satisfacción.

En esta misma línea de pensamiento también se relaciona el modelo positivista, dado que es una epistemología híbrida que combina el racionalismo con el empirismo y la lógica deductiva con la lógica inductiva, también ha sido denominado hipotético deductivo. El positivismo “denota un enfoque filosófico donde la teoría se basa en la opinión, en la vida social, así como el sentido de las ciencias naturales y su tratamiento lógico y matemático, son la fuente exclusiva de toda la información que vale la pena”. Es decir que, para el positivismo clásico, toda ciencia para ser considerada así debe adaptarse a los paradigmas de las ciencias naturales (23).

También el paradigma positivista pretende explicar y predecir hechos a partir de relaciones causa-efecto, mediante el cual llega a descubrir el conocimiento. El investigador busca la neutralidad, imponiéndose la objetividad; a diferencia del paradigma interpretativo o hermenéutico (naturalista, cualitativo) que pretende comprender e interpretar los significados y las intenciones de las personas en busca de construir un nuevo conocimiento (66).

2.3. Marco doctrinal

2.3.1. Teoría o modelo de la disconformidad (expectancy disconfirmation), Thompson y Suñol

Es una de las más dominante en la investigación de la satisfacción, que los consumidores forman expectativas antes del consumo, observan el desempeño real de los atributos del producto, forman percepciones de disconformidad, combinan estas percepciones con los niveles de las expectativas, y forman juicios de satisfacción. En la enunciación de dicho

autor la satisfacción o insatisfacción es el resultado de una comparación entre las expectativas previas y las percepciones de los atributos del producto. Entre más grande sea la divergencia, más alta será la satisfacción o insatisfacción, dependiendo de la dirección de la divergencia (26).

La teoría de la disconformidad, según la formulación de Thompson y Suñol, está más cerca de la teoría del cumplimiento (fulfilment theory) que, de la teoría de la discrepancia, en la medida en que sólo se refiere a la diferencia entre las expectativas y la experiencia con los atributos. Esto se puede notar a través del estudio empírico sobre autos y servicios educativos, realizado y presentado por Oliver, en el que los encuestados indicaron su disconformidad en una escala que iba de “mejor-que” a “peor-que”, en relación con lo esperado. Pero el emparejamiento con la teoría del cumplimiento es sólo parcial, pues en la teoría de la disconformidad, al menos en las formulaciones presentadas aquí, no aparecen los valores de los atributos del producto, como uno de sus elementos (26).

Después se agregó a la teoría el desempeño de los atributos, para determinar su influencia como una variable independiente adicional, y no sólo de manera indirecta de la disconformidad. Otras variables cognitivas que se agregaron son la equidad y la “atribución”; esta última es aquella que resulta del hecho de atribuirse resultados favorables a sí mismo y algunos desfavorables a los demás (26).

Un aporte no cognitivo a la teoría fue la inclusión del afecto entre sus determinantes. Ser positivo por un lado y negativo en otras veces, es una respuesta al desempeño real de los atributos, los cuales son una fuente potencial de placer o frustración, de manera que a través del afecto encuentran una vía adicional de influencia sobre la satisfacción. El afecto también puede mediar la influencia de la “atribución”, sin que se le niegue a esta su efecto directo. Según Thompson y Suñol fue Westbrook quien incorporó los afectos positivos y negativos en la investigación, de manera simultánea(26).

La teoría de la desconformidad es aplicable al presente estudio de investigación, dado a que el estudio es con personas (pacientes) donde previa a la atención médica, se forman expectativas y esto está relacionado con la experiencia previas que hayan tenido; para que luego de haber recibido la atención vayan formando juicios de satisfacción, llegando a la conclusión que la satisfacción es el resultado entre la expectativa y la percepción a mayor expectativa generalmente, es menor la satisfacción.

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Satisfacción

La definición del término satisfacción ha sido ampliamente debatida y discutida en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad en los procesos asistenciales que se brindan en salud, ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios (28).

Es evidente que el sector salud atraviesa una etapa de gran conflicto en todo el mundo; los recursos parecerían no alcanzan a cubrir las necesidades de atención de la población, así que, la reforma del sector salud aparece como un tema de suma importancia en la agenda de la política pública de países industrializados y en vías de desarrollo (25).

Tal es así, que la satisfacción del cliente/paciente/usuario, se refiere al nivel de conformidad de la persona cuando realiza una compra o utiliza un servicio. La lógica indica que, a mayor satisfacción, mayor posibilidad de que el cliente vuelva a comprar o a contratar servicios en el mismo establecimiento (Kotler, 1996). Es posible definir a la satisfacción del cliente como “el nivel del estado de ánimo de una persona sobre el grado que se ha cumplido sus necesidades o expectativas establecidas, que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas”(1).

Encarta 97, citado por Zas, definen la satisfacción como “la acción de satisfacer, gusto, placer. Realización del deseo. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja” (26). Es evidente que a partir de estas definiciones resulta difícil determinar qué es satisfacer y sentirse satisfecho, pero en esencia el fenómeno muestra tres aspectos esenciales, los cuales son destacados por Zas (28): La satisfacción es siempre respecto de algo (o alguien); tiene que ver con algo que se quiere (se espera, se desea, etc.), y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

Según Zaslavski se puede decir que la satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no (24). Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como “satisfactorio” o no.

Donabedian agrupó en tres categorías los componentes fundamentales del servicio susceptibles de generar satisfacción: Componente técnico, componente interpersonal y componente del entorno y sus comodidades. Este modelo, junto con las aportaciones realizadas por autores como Berry y Parasuraman, apunta a un conjunto de variables (SERVQUAL) que posibilitan una aproximación fiel y discriminada a las debilidades y fortalezas del servicio que se evalúa (25).

Según Fitzpatrick, se debe, por un lado, observar las actitudes del paciente en relación con los servicios de salud y, por otro, captar la valoración de la intervención médica. Pero la investigación de la satisfacción, desde el punto de vista del paciente, puede obedecer a uno de tres distintos niveles de relevancia: Puede ser tomada en cuenta solamente para describir los servicios de salud, puede ser entendida como una medida de los procesos del cuidado de la salud, o puede ser considerada como uno de los más importantes aspectos de las investigaciones sobre la satisfacción. (26).

Parasuraman, et. al., elaboró un instrumento para la medición de la percepción de la calidad de los servicios, al que denominaron SERVQUAL. La medida se basa en el llamado paradigma de la desconfirmación antes mencionado, que expresa la diferencia entre lo que el cliente espera y lo que percibe (24). Dicho estudio se realizó basándose en cinco dimensiones básicas de la calidad recogida en este modelo: fiabilidad, seguridad o garantía, sensibilidad o capacidad de respuesta, empatía y, por último, elementos tangibles.

Con este análisis del binomio expectativas Vs. percepción, se obtendrá el nivel de satisfacción del paciente de los servicios sanitarios. Satisfacción que será tanto mayor, no sólo cuanto más adecuación se produzca entre expectativas y percepciones del paciente, sino cuanto mayor sea la superación de esas expectativas. Por lo que la satisfacción del paciente dependerá de los siguientes factores (27).

1. Grado de conocimiento de las expectativas (expectativas).
2. Transformación de este conocimiento en oferta adecuada al mismo (calidad asistencial).
3. De lo que sucede en el momento de la verdad (calidad asistencial) o, mejor dicho, de lo que percibe el paciente en la prestación de estos servicios (calidad percibida).

A continuación, se aclaran un poco más estos factores:

Se debe volver a insistir en que las expectativas no deben considerarse un límite (no son el nivel óptimo al que deben acercarse, en lo posible, las prestaciones sanitarias), sino que lo ideal es superar esas expectativas, de

forma que se logre maximizar la satisfacción, y maximizar lo que algunos autores denominan “calidad sorpresa” que englobaría los aspectos no esperados por el cliente, de manera que se genera una fuerte sensación de “buen servicio” (27).

Lo realmente importante para el consumidor es su grado de satisfacción. Éste será el resultado según lo visto hasta ahora, de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida), que no exactamente la que recibe (calidad asistencial).

La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el usuario recibe no tiene por qué coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente sí estará directa e íntimamente relacionada. Así, entendemos por calidad percibida la evaluación que los pacientes realizan de la calidad asistencial que han recibido en los servicios sanitarios. Son percepciones subjetivas de una realidad objetiva. El fin de una mejora continua en la calidad asistencial, es el cuidado e impulso de la calidad percibida y, al mismo tiempo, potenciar estímulos para que los pacientes logren superar sus expectativas personales sobre lo ideal (27).

Teniendo en cuenta que la percepción que el paciente tenga de la calidad del servicio influirá en sus expectativas, este proceso de mejora no estaría completo sin una constante revisión y perfeccionamiento de la calidad asistencial ofrecida. Por otro lado, las variables que podemos considerar controlables (sobre las que puede incidirse) por los proveedores sanitarios son las señaladas como integrantes de la calidad asistencial, la calidad del servicio. De aquí la importancia de identificar correctamente las

necesidades y las expectativas de los pacientes y de conocer su opinión y sus percepciones para hacer que toda la organización trabaje, en la búsqueda de la satisfacción del usuario, maximizando su calidad percibida (27).

Sin embargo, no es mucha la experiencia en la delimitación de opiniones y preocupaciones de los pacientes, a pesar del carácter crítico que representa, como se ha argumentado, el análisis desde el punto de vista de los pacientes de los servicios de salud. El paciente participa y suele aportar información de forma “no orientada” a través de buzones de sugerencias, quejas, hojas de reclamaciones. No obstante, esta información no es suficiente. Las técnicas de investigación “orientadas”, destinadas a conocer determinados aspectos de la asistencia sanitaria, son especialmente útiles a la hora de analizar la perspectiva del paciente y valorar adecuadamente la calidad asistencial (27).

2.4.1.1. Expectativas del paciente

Se ha comprobado que una forma de conseguir la máxima adecuación de los servicios prestados a las expectativas del paciente es el conocimiento de dichas expectativas. Por tanto, los proveedores de los servicios de salud (médicos, administradores, empleados y otros), deben identificar lo que esperan los pacientes de un servicio sanitario, para de esta forma, conseguir su satisfacción. Por este motivo, sería importante que se incluyese el estudio de estas expectativas en los planes de formación de los profesionales de la sanidad (29).

O'Connor et. al.; consideran que las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de determinar el grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario. De esta forma, estos investigadores compararon las expectativas de los pacientes con las expectativas de los proveedores sanitarios, dentro de una clínica médica de multiespecialidad. El objeto de este trabajo era tratar de determinar el nivel de coincidencia entre ambas perspectivas(29).

Las conclusiones a las que llegaron apuntaban a que los proveedores de los servicios sanitarios tienden a subestimar las expectativas de los pacientes (para cuatro de las cinco dimensiones básicas de la calidad recogidas en el modelo SERVQUAL: Fiabilidad, sensibilidad, garantía y empatía) excepto en lo relativo a los elementos tangibles, que tienden a sobrestimar. Por otro lado, administradores y empleados no médicos resultaron ser los que más se aproximaban a las expectativas de calidad de servicio de los pacientes, excepto los elementos tangibles en los que los médicos se acercan más a lo que esperan los pacientes.

Respecto a la formulación de las expectativas, es importante añadir que se producen a partir de los siguientes elementos:

- Las necesidades personales y las situaciones del momento.
- Las experiencias propias en el servicio (satisfacción anterior).
- La recomendación de los expertos (familiares y profesionales).
- El impacto de las comunicaciones (informaciones directas de los responsables de gestión de los servicios de salud o de fuentes de información independientes del sector sanitario).

- Y la cultura y educación de cada paciente. Es decir, que las expectativas son individuales, dependen de las características de cada persona, pero a través de diversos estudios en relación con este tema, los aspectos fundamentales en los que coinciden la mayoría de los usuarios respecto a qué esperan de los servicios sanitarios serían los siguientes:
 - Relaciones interpersonales (tipo y profundidad de la información ofrecida según la demanda del paciente sobre su problema de salud, amabilidad, actitud receptiva, trato humano en general con los pacientes, interés, etc.).
 - Aspectos técnicos de la atención (diagnóstico y medicación correcta).
 - Aspectos relacionados con el confort (características y estado de las instalaciones, hostelería, horario de visitas, etc.).

2.4.1.2. Calidad percibida

La calidad en el centro de trabajo va más allá de crear un producto de calidad superior a la media y de buen precio, ahora se refiere a lograr producto y servicios cada vez mejores, a precios cada vez bien más competitivos; esto entraña hacer las cosas bien desde la primera vez, en lugar de cometer errores y después corregirlos; siendo vital, si la calidad de atención es en el aspecto de salud, porque está en juego la vida de seres humanos (30). La calidad en salud consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia. Según Otero & Otero exige siempre un estándar básico de referencia y un indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no.

Donabedian, sostiene que, “La calidad en salud es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de los recursos de la Institución de acuerdo con los valores sociales imperantes”. Continúa afirmando, que la calidad es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad, los cuales son evaluados en forma subjetiva, por las opiniones de los beneficiarios, de acuerdo a sus expectativas (31).

Cuando evaluamos la calidad asistencial en salud, se está evaluando al mismo tiempo elementos de la estructura, proceso y resultado, pero con este enfoque se podía elaborar con más facilidad un conjunto de indicadores o de índices que hicieran más comprensible la complejidad de los hechos que se producen en un establecimiento de salud. Los indicadores son medidas cuantitativas de la presencia o no de unos criterios de calidad previamente definidos. Los criterios de calidad son condiciones o atributos deseables que deben cumplir algunos aspectos de la atención a la salud. Para cada criterio relevante hay que elaborar el indicador correspondiente.

2.4.1.3. Evaluación de la satisfacción del paciente en el Perú.

En el Perú se cuenta con la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (R.M. N° 527-2011/MINSA, 2011), que contiene la metodología SERVQUAL con modificaciones (32). Para evaluar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario, se utiliza la encuesta SERVQUAL (Quality Service). Este instrumento fue introducido por Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, quienes concluyeron que comparar las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituirse en una medida de la calidad del servicio.

El modelo de Parasuraman se desarrolló a partir de la formulación de las preguntas claves de investigación: ¿De qué forma evalúa al paciente, la calidad del servicio? ¿Realiza directamente una evaluación global o primero valora las etapas específicas del servicio? En caso de que emplee este último método, ¿cuáles son las diferentes etapas que utiliza para valorar el servicio. Luego de realizar un amplio estudio, estos investigadores encontraron diez atributos comunes que los clientes toman en cuenta, al momento de percibir la calidad del servicio: 1) Fiabilidad; 2) Profesionalidad; 3) Accesibilidad; 4) Seguridad; 5) Capacidad de respuesta; 6) Cortesía; 7) Comunicación; 8) Credibilidad; 9) Comprensión y conocimiento del cliente, y 10) Elementos tangibles (24).

Al observar una fuerte correlación entre varias dimensiones, los investigadores decidieron integrar algunas en otras, llegando a un modelo de cinco criterios: 1) Aspectos tangibles; 2) Fiabilidad; 3) Capacidad de respuesta; 4) Seguridad, y 5) Empatía. El cuestionario SERVQUAL contiene 22 preguntas, distribuidas en las cinco dimensiones para evaluar las expectativas de los usuarios respecto al servicio. A la fiabilidad le corresponde cinco preguntas, cuatro a los aspectos tangibles, a la capacidad de respuesta corresponde cuatro; seguridad también cuatro preguntas, finalmente empatía, cinco preguntas. Para su registro se utiliza una escala de Likert de siete puntos, donde 7 significa que los clientes están extremadamente satisfechos, y 1, extremadamente insatisfechos. (33).

En esta investigación, se aplicó la encuesta SERVQUAL, divididas en las cinco dimensiones ya indicadas. Segundo, en la lista de cotejo en el tiempo de espera, se midió el tiempo que el paciente permanece desde que ingresa hasta que sale del Servicio de Emergencia; dicho instrumento está dividido en tres áreas: *Administrativa*, tener un control de ello u organización, planificación que permitirá optimizar los recursos disponibles para que con ello se puede ofrecer una atención más eficiente y eficaz, *Atención Asistencial*, es la prestación del servicio de salud, hace referencia al vínculo entre el personal de salud y el paciente; *Exámenes auxiliares*, donde se obtendrán datos clínicos sobre las condiciones internas del paciente, dentro de ellos están los exámenes de laboratorio, exámenes ecográficos y radiológicos, que deben estar accesible las 24 horas del día (15).

2.4.1.4. La calidad en relación con la satisfacción

En esta sección se intenta poner en relación los dos conceptos. Se busca aclarar si al evaluar la calidad percibida se remite, de alguna manera, a enunciados sobre la satisfacción. Las evaluaciones a través de las percepciones de los clientes, consumidores, usuarios o pacientes en la actualidad son de uso muy frecuente, por parte de las organizaciones, tanto privadas como públicas, de muy diversos sectores, incluido el ámbito sanitario. Sin embargo, se debe tener claro qué se mide cuando se pregunta por la calidad o por la satisfacción, y cuál de los dos conceptos se deben usar en una situación específica, aunque se debe tener presente que no es fácil contar con medidas fiables y válidas de estos mismos constructos (34).

Los dos conceptos no son equivalentes, así estén altamente correlacionados. Mientras que los juicios sobre calidad conllevan una mayor estabilidad en el tiempo y se refieren a dimensiones muy específicas que tienen que ver con los atributos del producto, las expresiones de satisfacción pueden cambiar en cada transacción y si bien pueden estar determinadas por dimensiones de la calidad, también pueden provenir de fuentes que no están relacionadas con ellas.

La satisfacción se origina a partir del procesamiento cognitivo de la información y es la consecuencia de la *experiencia de emociones* durante el proceso de consumo. Es el resultado de procesos sico-social de carácter cognitivo y afectivo. Se podría definir, como una evaluación pos-consumo y/o pos-uso, susceptible de cambiar en cada transacción. Por su parte, la

calidad del servicio es la valoración de la utilidad de un producto o servicio, en cuanto a que haya cumplido con los fines que tiene encomendados y también, a que haya producido sensaciones placenteras (26).

2.4.1.5. Calidad y su evolución en el tiempo

El origen de la palabra calidad tiene más de 2000 años, su evolución ha ocurrido en distintas formas que el hombre ha ido concibiendo, desde los comienzos del siglo XX hasta la actualidad. Calidad, es el resultado de los vertiginosos cambios ocurridos en los últimos años, en la llamada “*sociedad del conocimiento*”, donde el desarrollo impetuoso de la tecnología, la globalización y las crecientes y cambiantes necesidades de los consumidores, imponen a las organizaciones el reto de la mejora continua para poder satisfacer las expectativas no sólo de los clientes sino de la sociedad en su conjunto (35).

La trascendencia del tema justifica el creciente interés que despierta tanto en el marco académico como en el empresarial, pero una de las primeras dificultades que implica su estudio es justamente la complejidad de su definición conceptual que si bien ha sido abordada desde múltiples aristas por numerosos autores, no ha sido caracterizada en sus dimensiones fundamentales, lo que ha provocado la absolutización de algunas de ellas y la confusión con otros conceptos también complejos como por ejemplo la satisfacción del cliente.

El concepto de calidad que históricamente se había concentrado en una cualidad o atributo de un producto o servicio, ha pasado con el transcurso del tiempo a un nuevo enfoque de calidad total, a convertirse en un concepto dinámico que atraviesa todos los momentos de un proceso. En este sentido, puede hablarse de una disposición centrada en el origen, administrativa durante la ejecución y proyectada hacia la finalidad del proceso productivo que significa una ruptura con los paradigmas tradicionales en varios sentidos que vale la pena destacar. Hace un cambio en énfasis de atributo o cualidad de un producto o servicio estático a un concepto dinámico con énfasis en el proceso (36).

La calidad se concibe como un imperativo de sobrevivencia. Deming, *define calidad como la acción de ofrecer a bajo costo los productos y servicios para satisfacer a los clientes*. Implicaba, asimismo, un compromiso con la innovación y mejoras continuas, lo que los japoneses llaman *kaisen*. Para Juran, uno de los elementos clave de la definición de la calidad es la “*adecuación de uso*” de un producto. (37), Donabedian, (1996) define la calidad de la atención en salud como “*Un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para los pacientes, un alto grado de satisfacción para el usuario*”.

Es así, que para el Autor, la Calidad se evalúa a través de tres dimensiones: (1) Humana; donde involucra una actitud de atención e interés por servir al paciente que debe estar enmarcado en una relación de respeto y cordialidad, (2) Técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que rinda el máximo de beneficios para la

salud del paciente con un mínimo de riesgos y (3) Entorno, son las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a y costos razonables sostenibles (38).

Por otro lado, según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Existen tres criterios complementarios: (1) Criterio técnico, (2) Criterio interpersonal, y (3) Criterio económico, que reflejará en la satisfacción del usuario externo (39).

Finalmente, Crosby explica la calidad desde una perspectiva ingenieril como el cumplimiento de normas y requerimientos precisos. Su lema es *“Hacerlo bien a la primera vez y conseguir cero defectos”*. Los tres expertos consideran a la estadística como un instrumento muy valioso para la medición de la calidad, aunque quizás es a Deming a quien más se conoce por su insistencia en el análisis estadístico (37).

2.4.2. Tiempo de espera

Según Niebel, el estudio de tiempos puede definirse como una “técnica que, en base a la medida del contenido del trabajo, siguiendo un método y utilizando equipamiento, permite establecer los tiempos estándar para las tareas, valorar el rendimiento de un tiempo de esfuerzo y proporcionar una

clara justificación para las demoras inevitables, como descansos personales y la fatiga del trabajador”. El autor menciona que estos pueden también determinarse mediante el uso de estimaciones, registros históricos y procedimientos de medición del trabajo (40).

Por lo que, los estándares de tiempo establecidos con precisión hacen posible incrementar la eficiencia del equipo de trabajo de salud, mientras que los estándares mal establecidos, aunque es mejor tenerlos que no tener estándares, conducen a costos altos, inconformidades del personal y posiblemente fallas de toda la institución. Esto puede significar la diferencia entre el éxito y el fracaso de un servicio de salud.

Otro estudio realizado en el Perú por el Ministerio de Salud (MINSA) concluyen que los estudios de tiempos y movimientos es una herramienta importante para el manejo y control de los recursos que son participes en los procesos internos de una organización con la finalidad de agregar valor a los resultados obtenidos. La metodología utilizada para la realización de este trabajo y especialmente para la obtención de información y datos, está basada en la observación de campo y el análisis estadísticos de los procesos a ser medidos, considerando las unidades de tiempo obtenidas (minutos) (41).

En esta misma línea de ideas, el MINSA en el marco de la política de mejoramiento de la calidad, emite una R.M. N°811-2018/MINSA, aprobando la Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS, para la elaboración e implementación del Plan “cero colas” en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con la finalidad de contribuir

mediante la ejecución del Plan “cero colas” mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios en las IPRESS, reduciendo significativamente el tiempo de espera de los pacientes que acuden a ellos para acceder una prestación de salud (42).

2.4.2.1. Tiempo de espera en el servicio de emergencia

Según Worley M, Schommer J, citado por Gutiérrez E, el tiempo de espera ha sido definido “como la cantidad de tiempo desde que el paciente ingresa hasta que recibe su atención” (43). La normatividad vigente nos da como referencia que la atención del paciente está basada desde el “momento que ingresa a la unidad de Emergencia en el área de Triage hasta el momento que es atendido por el médico” (44).

Esperar es algo que produce más ansiedad de lo que puede imaginar, es algo frustrante desmoralizante y molesto. La experiencia de esperar para obtener algún servicio afecta enormemente las percepciones de la calidad del servicio proporcionado. Cuando el tiempo es demasiado prolongado o se acrecienta, los niveles de ansiedad aumentan y la espera se vuelve difícil de tolerar (43).

El tiempo de espera es característicos en la atención sanitaria, son las listas de espera de toda índole. El tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción del usuario e influye en las expectativas del prestador y de la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios (40).

Según Miro, et. al. citado por Arias J (45). Los criterios utilizados para los tiempos de espera dependen de las etapas en las que los pacientes tienen

que esperar a que se realice un procedimiento o al personal para atenderlos, de igual manera Thompson, Yarnold, Adams y Spacone, han llegado a describir una situación de "preproceso" y "proceso" de espera. El "preproceso" de espera sería el tiempo que debe esperar el paciente hasta que se inicia el servicio, este tiempo es cuando el paciente percibe el tiempo mucho mayor de lo que realmente es.

Los tiempos de espera representan una forma de exclusión social y se presentan como un problema de salud pública, las listas favorecen el incremento de los costos del sistema de salud, incrementan el riesgo de complicaciones, empeoran la enfermedad y alteran la recuperación. Se puede racionalizar el uso innecesario de los servicios de salud y la evidencia empírica prueba que la reducción y el aumento de listas por periodos, constituyen probables soluciones a la sobrecarga de ciertos servicios de salud (45).

El aumento aislado del presupuesto de salud no brinda una solución al problema identificado, sino que favorece al final el incremento de las listas de espera. Al incrementar la oferta, sea de una manera estructural y permanente, o mediante planes de contención temporales y haciéndolo con un incremento de la productividad, se genera una reducción del tiempo de espera, pero también se incrementa el número de pacientes en lista (45).

2.4.2.2. Factores determinantes del tiempo de espera

Los factores determinantes se pueden estudiar a diverso nivel, tanto primero, segundo o tercer nivel de salud. Dentro del abordaje terapéutico, la asistencia médico - quirúrgica es imprescindible en algunas patologías identificadas a nivel del ámbito hospitalario. Es por ello que, la medición del tiempo de espera antes de llevarse a cabo la atención es un elemento importante para una gestión eficiente de cualquier lista personalizada médico - quirúrgica.(46).

a. Triage

Según Cook y Sinclar, define al *“traje como el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado”* (47). Es el área destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II, III. Asimismo, significa una forma práctica para clasificar y decidir qué persona que llega al servicio de emergencia debe ser atendida inmediatamente o en un tiempo de espera mínimo razonable en relación al malestar del paciente (48).

Además, el triaje es un proceso que contribuye al profesional de salud a gestionar el riesgo clínico garantizando eficiencia y seguridad. Sin embargo, cuando la demanda por la atención no va acorde a los recursos con los que cuenta la institución, la herramienta eficaz de mayor valor predictivo es el triaje estructurado o Manchester (49). Este proceso de ponderación clínica previa es útil

para ordenar a los pacientes antes de la valoración médica completa, de tal manera que en un contexto de saturación del servicio o de disminución de los recursos, los pacientes más urgentes son tratados oportunamente.

Es importante mencionar que la generación de información pertinente fortalece las gestiones administrativas y logísticas. Dado que se va optimizando el uso de los recursos, racionalizando o disminuyendo los tiempos de espera, lo que conlleva a brindar un servicio de calidad a los pacientes. De este modo queda en manos de los responsables del área y demás implementar, establecer o mejorar el sistema de triaje acorde a la capacidad de resolución, ambiente disponible, personal competente que va a realizar dicha labor (44)

Las funciones del triaje: Están basadas fundamentalmente en identificar a pacientes en situación de riesgo vital, asegurar su priorización según el nivel de clasificación; asegurar la espera de pacientes que deben ser reevaluados; determinar el área más apropiada de atención al paciente; aportar información relevante del proceso de atención; asegurar la información a los familiares; mejorar el flujo y congestión del servicio y aportar con información para el mejor servicio en emergencia.

Aplicaciones de Triaje según prioridad en los Servicios de Emergencia

El Triaje estructurado en el Servicio de Emergencia es un indicador de calidad de la relación riesgo-eficiencia, donde los pacientes en

cada uno de los niveles de atención deben ser reconocidos de forma que se establezca un perfil dentro del servicio en función a la gravedad y la capacidad de atención del servicio (39). Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo con prioridad de atención según NT 042-2006 MINSA.

- **Prioridad I (inmediata y/o < 5 minutos): Emergencia o gravedad súbita extrema**

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata.

- **Prioridad II (≤ 10 minutos): Urgencia mayor.**

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias.

- **Prioridad III (≥ 20 minutos): Urgencia menor**

Paciente estable hemodinámicamente, no crítico.

- **Prioridad IV (≥ 1 hora): Patología aguda común**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa.

b. Aspectos asistenciales o sanitarios.

Elemento relacionado al profesional de la salud, cuyo rol es clave en la gestión y resultados del tiempo de espera de la prestación quirúrgica del usuario cuya influencia radica tanto en la oferta y la demanda de los servicios de salud, ligados a rendimientos y productividad de los

servicios, el cumplimiento de los sistemas de trabajo y su forma de aplicación los cuales condicionan también los resultados (42).

– **Diagnóstico médico.**

Procedimiento en el que se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad realizado por el profesional médico. (Ilizástegui, 2000, p.85).

– **Resolución de interconsultas.**

Se refiere al procedimiento de hacer efectivo las opiniones de otros especialistas o la comunicación entre 2 personas con diferentes áreas de experiencia (Rakel, 1997:196).

– **Resolución de cirugía menor.**

Se define como el conjunto de técnicas quirúrgicas, de corta duración, que se aplican generalmente sobre estructuras superficiales. Suelen requerir la aplicación de anestesia local y su realización conlleva riesgo bajo y mínimas complicaciones (Arribas, JM, 2006).

c. Aspectos administrativos.

“Elemento o herramienta de gestión mensurable que tiene relación causal o condicionante con el incremento del tiempo de espera de usuarios que requieren de una atención médico - quirúrgica a la que el sistema de salud no puede dar respuesta de forma simultánea a su indicación” (42).

– **Trámite administrativo para solicitud de material.**

Es el camino ordinal de la serie de actos en que se concreta la actuación administrativa para la obtención del material necesario para la cirugía en los pacientes que cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS).

– **Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos.**

Sustancia, artículo o material empleado para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades que para su uso no requieren de fuentes de energía. (DIGEMID, MINSA, 2013).

– **Disponibilidad de camas en observación y tópicos de atención.**

Número de camas realmente instaladas en observación y tópicos en el servicio de emergencia, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes que lo requieran (MINSA, 2013).

2.4.2.3. Servicio de Emergencia

Es la unidad orgánica o funcional en los hospitales, encargada de brindar atención médico-quirúrgica de emergencia de manera oportuna y permanente las 24 horas del día, a las personas cuya vida y/o salud se encuentren en riesgo. El equipo básico permanente del Servicio de Emergencia en los hospitales está constituido fundamentalmente por el Médico Internista, Cirujano General, Gineco – Obstetra, Pediatra, Anestesiólogo, Médico Emergenciólogo y médicos de otras especialidades (según disponibilidad y nivel de complejidad del establecimiento), Enfermera, Obstetra y Técnico de Enfermería. (39).

Los Servicios de Emergencias hospitalarios son en la actualidad, son los más concurridos dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRES). Dichos servicios son unidades médico-quirúrgicas hospitalarias, destinadas a la atención rápida y eficiente de pacientes graves, víctimas de accidentes, intoxicaciones u otras situaciones clínicas urgentes. En este escenario, los servicios de urgencia presentan cuellos de botella dentro de su funcionamiento y entran en colapso no sólo por la demanda creciente de pacientes, sino también por la interacción de este servicio con otras dependencias del hospital tales como cirugía, ortopedia, hospitalización y las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) (50).

2.5. Definición de términos básicos

Calidad: Capacidad de un producto o servicio para hacer de manera confiable lo que se supone que debe hacer y satisfacer las necesidades del cliente o usuario (51).

Calidad de atención: Es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico (52).

Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los usuarios y proveerles de un servicio rápido y oportuno (24).

Cliente externo. Es quien solicita el servicio para satisfacer sus necesidades y expectativas, es un ser humano, es la persona más importante de cualquier negocio, no es sólo dinero en la registradora, es una persona con sentimientos y merece un tratamiento respetuoso (62).

Empatía: Capacidad para ponerse al lado del otro. Satisfacción con el trato recibido durante el servicio, percibidos por la atención individualizada ofrecida por el servicio (23).

Expectativas: Esperanzas que los usuarios o clientes tienen por conseguir algo (24).

Fiabilidad: Capacidad para realizar el servicio prometido en forma fiable y cuidadoso (24).

Insatisfacción: Sentimiento negativo expresado cuando el desempeño percibido del producto o servicio no alcanza las expectativas del usuario o cliente (63).

Paciente: Es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud, la palabra paciente es de origen latín "*patiens*" que significa "*sufriente*" o "*sufrido*" (61).

Persona. Usuario o paciente que usa o requiere de los servicios de una empresa u organización. Pueden ser internos o externos (62).

Percepción: Sentimiento del cliente sobre el servicio recibido (63).

Satisfacción: Sentimiento de bienestar en relación con un deseo, gusto, servicio o producto recibido. Percepción es igual o superior que su expectativa de atención (63).

Seguridad: Destreza para transmitir credibilidad en la atención y con la inexistencia de peligros o dudas (24).

Servicio de emergencia: Es la unidad orgánica o funcional en los hospitales. En brindar atención médico-quirúrgica de emergencia de manera oportuna y permanente las 24 horas del día, a cuyas personas cuya vida y/o salud se encuentren en riesgo (44).

Sociodemográfico: Características generales como edad, sexo, nivel de instrucción y otros (60).

Tangibilidad: La apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación (24).

Triaje: Proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado (47).

Tiempo de espera: Técnica que, en base a la medida de contenido del trabajo, siguiendo un método y utilizando equipamiento (4).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H_a: Existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

H₀: No existe relación entre el tiempo de espera con la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

3.2. Variable/categorías

Variable según Hernández, Fernández y Baptista manifiesta que “la variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse” (53).

Variable 1: Tiempo de espera

Definición conceptual

Tiempo transcurrido desde el área de triaje hasta la atención médica, (NT.042-2006-MINSA) (48).

Definición operacional.

Se medirá el tiempo de espera en minutos, Utilizando como instrumento la ficha técnica de registro. Se tomó como ejemplo de una tesis que estudia la misma

variable (18), teniendo como fuente la historia clínica del paciente a quienes también se aplicará la encuesta de satisfacción.

Variable 2: Satisfacción del paciente

Definición conceptual

Según Céspedes, Cortés y Madrigal, la satisfacción del usuario representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo, definiéndose como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”, donde se emplean instrumentos de medición validados (54)

Definición operacional.

En el presente estudio de investigación para la evaluación de la satisfacción del paciente se utilizó la encuesta SERVQUAL. Con este instrumento se evaluó las expectativas y percepciones del usuario con 22 preguntas en cada una de ellas. Se midieron en dos categorías:

- Satisfecho
- Insatisfecho

3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

Según Hernández, S. (2014) la operacionalización de las variables, constituyen un conjunto de procedimientos y actitudes que se desarrollan para medir una variable (53).

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Criterios de evaluación	Rangos	Tipo de variable
Satisfacción del paciente	El nivel del estado de ánimo de una persona sobre el grado que se ha cumplido sus necesidades o expectativas establecidas, que resulta de comparar el rendimiento percibido de un servicio con sus expectativas (1).	Dimensiones de la percepción SERVQUAL	Capacidad de respuesta	Satisfecho	4 – 6	Nominal
			Empatía			
			Confiabilidad	Insatisfecho	0 - 3	
			Seguridad			
			Elementos Tangibles			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Criterios de evaluación	Valores	Rangos	Tipo de variable
Tiempo de espera promedio según prioridad de atención	Tiempo transcurrido desde el área de tiraje hasta la atención médica (39).	Tiempo en minutos registrado en la lista de cotejo	Tiempo de espera en triaje - Atención médica	Tiempo en que el personal de salud utiliza en triaje; registra y clasifica según su gravedad - Médico atiende y registra en la historia clínica.	Adecuado Inadecuado	Resultados de: HT- HA Prioridad I: Inmediata o < 5 minutos Prioridad II: ≤ 10 minutos Prioridad III: ≥20 minutos Prioridad IV: ≥ 60 minutos	Ordinal

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

La investigación se realizó en la provincia de Chota, que se ubica en el departamento de Cajamarca, en la parte septentrional del Perú, sus límites, por el norte con la provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, con el este con la provincia de Luya (Amazonas) y por el oeste con la provincia de Ferreñafe, Chiclayo (Lambayeque), en la región andina norte del Perú. (55)

Con respecto a la altitud el distrito de Chota, específicamente la ciudad capital, se encuentra a 2,388 metros sobre el nivel del mar con una extensión de 261,75 km²; esto representa el 6,9% del total provincial (3,795.10 km²). Además, posee un territorio donde la mayor parte, es de clima templado; sin embargo, en las partes más bajas (Tuctuhuasi - Valle Doñana) el clima templado presenta una ligera variación al templado caluroso; en las partes más altas, como: Sitacucho, Lingán, Silleropata, Negropampa, Chaupelanche, Progreso Pampa, Condorpullana, Colpatuapampa, Huayrac, Shotorco, La Palma; tienen un clima templado frío. Por otro lado, las épocas de lluvias son de noviembre a abril, y sus épocas de sequía de mayo a octubre; la temperatura promedio es de 17.8°C (56).

Atravesado de sur este a noroeste por la Cordillera de los Andes, cuyo declive occidental y oriental ocupa parcialmente, en la parte septentrional del Perú, se ubica el territorio de la provincia de Chota. El espacio descrito está enmarcado por las siguientes coordenadas geográficas: 5° 57' 00" (latitud sur en la parte septentrional), 6° 41' 00" (latitud sur en la parte meridional) y los meridianos 78° 14' 00" (longitud oeste en su parte más oriental), 79° 27' 06" (longitud oeste en su parte más occidental (55). Teniendo en cuenta el meridiano base Greenwich la provincia y distrito de Chota se encuentran al occidente y por la plaza de armas discurre el meridiano imaginario 78° 39'29" de longitud occidental (56).

Este estudio se desarrolló en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas – Chota, es un nosocomio creado el 19 de mayo de 1968; a la fecha tiene 53 años de funcionamiento; brinda su atención a la población urbana y rural de la provincia de Chota; con el nivel II-1, actualmente ofrece su cartera de servicios en los diversos departamentos de consulta, emergencia, consultas externas y hospitalización (57).

Teniendo en cuenta al Servicio de Emergencia, donde se recolectó la información necesaria para el estudio; cuenta con las áreas de triaje diferenciado, tópicos de medicina, cirugía, traumatología, pediatría y ginecología; unidades de observación varones y mujeres, unidad de trauma shock y como unidad de apoyo unidad de seguros SIS y caja (57).

4.2. Diseño de la investigación

El diseño que se empleó en el proceso de investigación es de tipo no experimental, porque el estudio se realizó sin la manipulación intencional de variables, es decir se ha observado los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural y es de corte transversal, porque se recolectó datos en un solo momento, en un tiempo único (53).

Es de tipo correlacional, el cual tiene como objeto analizar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio, se determinó el grado de relación existente entre las variables dependiente (satisfacción) siendo el Autor Parasuraman, et. al, elaboró un instrumento para la medición de la satisfacción teniendo en cuenta la expectativa y percepción del paciente y la variable independiente (tiempo de espera). Niebel define como una técnica que mide el contenido del trabajo y permite establecer los tiempos estándar para las tareas, para medir las variables se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado (53).



4.3. Métodos de la investigación

En el presente estudio de investigación, se utilizó el método hipotético deductivo, las reglas de la lógica y los atributos cuantificables de la experiencia humana y descriptivo con el uso del método de análisis, es decir se va a descomponer el objeto de estudio en sus distintos aspectos o elementos, para llegar a un

conocimiento más especializado; por lo que el mundo externo se puede describir tal como realmente es, donde las expectativas y las percepciones de los pacientes se definen en función a la experiencias previas que tengan con el servicio de salud (24).

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

4.4.1. Población

La población estuvo compuesta por 190 pacientes que acudieron para atención durante un mes al Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas en las especialidades de medicina interna, cirugía general y traumatología (57).

4.4.2. Muestra

Para la selección de la muestra se consideró el muestreo aleatorio simple, además el tipo de variable es cuantitativa y por lo tanto se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)D^2 + Z^2PQ}$$

Resolviendo tenemos:

$$n = \frac{190 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{(190 - 1)0.05^2 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} = 127$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población (N=190)

Z : Valor asociado a un nivel de confianza. (Z=1.96 si es 95% de Confianza)

D = Margen de error (0.05)

P = Probabilidad de ocurrencia

Q = Probabilidad de no ocurrencia

Entonces teniendo un nivel de confianza del 95%, una varianza máxima (PQ=0.25) y un error de muestreo del 5% (D=0.05) y una población de 190 pacientes, se obtiene una muestra de **127 pacientes**.

4.4.3. Unidad de análisis

Lo constituye cada uno de los pacientes adultos que acudieron para ser atendidos en el Servicio de Emergencia, en los tópicos de Medicina, Cirugía y Traumatología del Hospital José Soto Cadenillas – Chota, categorizados en el área de Triage como paciente con prioridad I, la atención médica debe ser (inmediata y/o < 5 minutos) considerada emergencia o gravedad súbita extrema; Prioridad II (≤ 10 minutos): Urgencia mayor, pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones; Prioridad III (≥ 20 minutos): Urgencia menor, paciente estable hemodinámicamente, no crítico y Prioridad IV (≥ 1 hora): Patología aguda común, pacientes sin compromiso de funciones vitales y el análisis documental de la historia clínica relacionando al nivel de prioridad y el tiempo de espera utilizando estándares de medición.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

La técnica aplicada en la investigación fue el cuestionario para medir la satisfacción y ficha técnica impresa para medir el tiempo de espera, para la primera, se utilizó la escala SERVQUAL, que según categoría incluye en su estructura 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones. Para hallar la satisfacción se usó la diferencia entre expectativas menos percepciones con la cual se construyó los gaps, donde $G=E-P$, y vienen a ser las brechas que existen en toda la institución de salud. A mayor diferencia la satisfacción es menor lo que se traduce en una insatisfacción. Si se sabe que el puntaje máximo es 7 para cada una de las preguntas, de percepciones y expectativas, entonces lo que va a variar son las percepciones de cada usuario para cada ítem, siendo fijas las expectativas.

Entonces la satisfacción para cada una de las preguntas es:

- Insatisfacción si el puntaje está entre 4 y 6
- Satisfacción si el puntaje está entre 0 y 3.

Para calcular la satisfacción global de cada una de estas dimensiones se puede expresar en una escala ordinal donde un porcentaje menor del 40% califica que el servicio tiene que mejorar; un porcentaje entre 40-60% implica que hay un proceso de mejora, en tanto que un porcentaje mayor al 60% implica una satisfacción aceptable y para el tiempo de espera el instrumento redactado divididos en áreas (58).

> 60%	Por Mejorar (Rojo)
40 - 60 %	En Proceso (Amarillo)
< 40	Aceptable (Verde)

Se ordenaron de mayor a menor los porcentajes de insatisfacción de cada una de las preguntas y priorizaron los ítems por colores, consideradas las de color rojo como prioritarias para implementar las acciones de mejora o formular Proyecto de Mejora Continua.

Satisfacción del paciente: En el presente estudio de investigación se utilizó el modelo SERVQUAL, el cual consta de 22 preguntas que representan cinco dimensiones, el cual está organizado de la siguiente manera: Fiabilidad (5 ítems): 1, 2, 3, 4, 5; Capacidad de respuesta (4 ítems): 6, 7, 8, 9; Seguridad (4 ítems): 10, 11, 12, 13; Empatía (5 ítems): 14, 15, 16, 17, 18 y Aspectos tangibles (4 ítems): 19, 20, 21 y 22.

Tiempo de Espera (TE), Servicio de Emergencia.

Se utilizó una ficha técnica impresa para recolectar datos en el Servicio de Emergencia, tomando la propuesta del Autor Guerra J., Huamán A. y Huayllas A. El instrumento contiene cinco ítems: Número de la historia clínica, edad, sexo, nivel de prioridad y tiempo de espera (hora de triaje y la hora de atención). El tiempo fue medido desde la hora de inicio de triaje hasta el inicio de la atención médica.

El investigador recolectó los datos de la historia clínica de cada objeto de estudio, relacionó el nivel de prioridad y el tiempo de espera, teniendo en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad, establecidos en la norma técnica de salud para los servicios de emergencia; expresado de la siguiente manera, adecuado e inadecuado, criterio tomado según el trabajo de investigación de Pérez R (35).

Adecuado. Si el tiempo de atención cumple con los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

Inadecuado. Si el tiempo de atención es mayor que los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

Procedimiento de recolección de información. Se solicitó el permiso al director del Hospital y al jefe del Servicio de Emergencia, seguido se procedió a identificar a la población objeto de estudio luego la firma de consentimiento informado. El cuestionario se aplicó una vez que el paciente estuvo de alta del servicio y/o tenía la orden de hospitalización o referencia y la ficha técnica impresa para medir el tiempo de espera se realizó a la historia clínica una vez que el paciente había salido del servicio de emergencia. El proceso de recolección de información duró 30 días aproximadamente acudiendo a los turnos mañana, tarde y noche.

Dada la modificación del instrumento original, es decir, el cuestionario para medir la satisfacción del usuario, el cual fue aplicado en el lugar del objeto del estudio, se procedió a realizar la validez y confiabilidad del instrumento.

La validez y la confiabilidad de los instrumentos se realizaron a través de la técnica de validez y confiabilidad empleando el Alfa de Cronbach, dando los siguientes resultados.

Consistencia interna evaluación de la satisfacción Escala Likert

Cuestionario	Alfa de Cronbach
Calificación de las expectativas	0,80048
Calificación de las percepciones	0,80049

Consistencia interna para medir tiempo de espera

Ficha Técnica	Alfa de Conbrach
Ficha de registro de tiempo de espera	0,72360

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectada la información se realizó una consistencia manual, tendiente a revisar y corregir posibles errores, se hizo el proceso de codificación. Luego se generó una base de datos en la plataforma del Software Estadístico, se procesó la información utilizando el SPSS Versión 25, para que permita realizar la codificación de las variables, el almacenamiento de datos, el cruce de variables y la selección de análisis descriptivos y de inferencia estadística en forma automática, orientados a determinar los objetivos formulados.

Para el análisis de la relación entre la variable dependiente e independiente se utilizó la prueba estadística de Chi- cuadrado, los resultados se presentan en tablas simples y de doble entrada.

Análisis de los datos

El análisis se realizó sobre la base de procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo de la información, basándose en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos; contrastando los resultados con antecedentes y teorías y discutiendo sus coincidencias o diferencias, todo orientado a determinar los objetivos planteados.

Se procedió a la contrastación de la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, como la prueba de Chi-Cuadrado, se determinó; si

existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José H. Soto Cadenillas. Se realizó un análisis entre los factores que resultaron estar relacionados significativamente siendo el valor de ($p= 0.003$).

4.7. Consistencia ética y científica

Rigor Ético: En relación con la ética, se consideran los siguientes principios que aseguran la validación del trabajo de investigación:

Principio de no maleficencia: Expresa la obligación de no producir daño intencionadamente (59). En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no hubo riesgo de hacer daño a la persona; ya que, solo se buscó obtener información. Al aceptar la participación del paciente o acompañante respondiendo el cuestionario y la ficha de recojo de datos sobre tiempo de espera.

Principio de beneficencia. Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos (59). El presente trabajo de investigación beneficiará a los pacientes y acompañantes que acuden por una atención médica en el servicio de emergencia, también beneficiará a los trabajadores asistenciales y administrativos; ya que, aportará con los resultados del estudio, de tal manera que asistenciales y administrativos pueda trabajar en una reorganización, a fin de reducir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción del paciente.

Autonomía. Se refiere al respeto a la libre determinación que tienen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida (59). Este principio sustenta la necesidad de contar con un consentimiento informado y del derecho a negarse a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación.

Consentimiento Informado. Asegura que los individuos que participan en una investigación están conscientes de las condiciones en que participan, lo cual permite una decisión autónoma y el consiguiente respeto a las personas. En toda investigación biomédica que se realiza en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado del potencial probando o en el caso de una persona incapaz de dar su consentimiento, la autorización de un representante legalmente calificado según las reglamentaciones locales (64).

Confidencialidad. El principio de confidencialidad es la expresión moderna de lo que en el pasado se conoció como secreto profesional. El texto donde se le menciona fue escrito en griego antiguo y quedó incorporado, en los primeros siglos de nuestra Era, en la colección del Corpus Hipocraticum bajo el título de Juramento: “Todo lo que llegue a mi conocimiento en el ejercicio de mi profesión o fuera de ella o en mi diaria relación con los individuos, evitaré diseminarlo y nunca lo revelaré” (65).

Rigor Científico: El trabajo de investigación cumple con la rigurosidad del método para la obtención de los resultados; cumpliendo con los siguientes criterios:

Confiabilidad. La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (67). La confiabilidad del instrumento de recolección de información se conoció a través de la prueba piloto y la prueba Alfa de Cronbach.

Validez. La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir, la validez de contenido de los instrumentos se conoció a través de la prueba piloto (67). En el presente estudio al ser un estudio correlacional descriptivo, la validez de contenido busca conocer la relación entre las variables tiempo de espera y satisfacción en la atención en el servicio de emergencia. La validez de contenido que se alcanzó a través de la prueba piloto fue cuando las preguntas del instrumento de recolección de datos, recogió la información necesaria según los objetivos del estudio.

Objetividad. La objetividad se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador que lo administra, califica e interpretan (68). En esta investigación para el análisis de los resultados (tablas estadísticas), se realizó teniendo en cuenta los objetivos y el marco teórico, de tal manera que la opinión y/o percepción de la investigadora no influyan en el análisis y conclusiones del estudio.

4.8. Matriz de consistencia metodológica.

Título: Tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia, Hospital “José H. Soto Cadenillas” Chota, 2021.							
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Instrumento de recolección de datos	metodología	Población y muestra
¿Cuál es la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el servicio de emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021?	<p>Objetivo General: Determinar la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las características sociodemográficas: grupo etario, sexo, nivel educativo y tipo de seguro del paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021 - Precisar el tiempo de espera promedio, del paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021. - Establecer la satisfacción y dimensiones de pacientes atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021. 	<p>H1: Existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.</p> <p>H0: No existe relación entre el tiempo de espera con la satisfacción del paciente atendido en el servicio de emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.</p>	Satisfacción del paciente	Capacidad de Respuesta	Guía Técnica encuesta de expectativa y satisfacción.	Método: Hipotético Deductivo	190 pacientes 127 pacientes
				Empatía			
				Confiabilidad			
				Seguridad			
			Tiempo de espera	Elementos Tangibles	Ficha técnica de registro de tiempo de espera.		
				Tiempo de espera en triaje			
	Tiempo de espera para la atención médica						

CAPÍTULO V

RESULTADOS INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

Esta investigación tiene un abordaje cuantitativo, la población estuvo constituida por 190 pacientes atendidos en el servicio de emergencia de las cuales se obtuvo la muestra de 127, quienes cumplieron con los criterios de inclusión planteados para la investigación.

En este capítulo se presentan los resultados traducidos en tablas simples y de doble entrada, se describen las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente, tiempo de espera promedio, la satisfacción por dimensiones, se ha realizado el análisis teniendo en cuenta el marco teórico (antecedentes, teorías y otros) y la experiencia del investigador. La información fue recogida a través de la escala de percepción SERVQUAL validada por el MINSA del Perú y una ficha técnica para determinar el tiempo de espera.

Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

Grupos de edades	N°	%
De 18 a 22	20	15,75
De 23 a 28	21	16,54
De 29 a 33	18	14,17
De 34 a 38	25	19,69
De 39 a 44	9	7,09
De 45 a 49	13	10,24
De 50 a 54	11	8,66
De 55 a 59	10	7,87
Sexo		
Hombre	59	46,46
Mujer	68	53,54
Grado de instrucción		
Analfabeto	5	3,94
Primaria	26	20,47
Secundaria	51	40,16
Superior Técnico	29	22,83
Superior Universitario	16	12,6
Tipo de seguro		
SIS	102	80,31
Ninguno	3	2,36
Es salud u otros	22	17,32
Total	127	100,00

En la Tabla 1, se observa las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Servicio Emergencia, siendo el de mayor porcentaje el 19,69% de los sujetos de estudio se encuentran en el grupo etario de 34 a 38 años, y el de menor porcentaje el 7,09% de 39 a 44 años; respecto al sexo de los pacientes en estudio el 53,54% son mujeres, en cambio el 46,46 son hombres, lo que indican que las mujeres fueron en número ligeramente mayor que los varones. Por lo tanto, las muestras son representativas.

Respecto al grado de instrucción del sujeto de estudio, se observa que el 40,16% tienen secundaria, seguido con el 22,83 % que tienen superior técnico, y el 20,47% tienen primaria y solo el 3,94 % de los encuestados son analfabetos. Finalmente, de todos los encuestados el 80,31% tienen SIS y solo 17, 32 % tienen ESSALUD, pero aún existe 2,36% de pacientes atendidos, que no tuvieron ningún tipo de seguro.

Tabla 2. Tiempo de espera promedio según la prioridad de la atención en emergencia de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

PRIORIDADES DE ATENCIÓN	TIEMPO DE ESPERA			ESTANDAR NT. 042-2006
	TIEMPO MÍNIMO	TIEMPO MÁXIMO	TIEMPO PROMEDIO	
Prioridad 1	1 min.	60 min.	5 min.	< 5 min.
Prioridad 2	3 min.	55 min.	25 min.	≤ 10 min.
Prioridad 3	16 min.	72 min.	45 min.	≥ 20 min.
Prioridad 4	33 min.	55 min.	47 min.	≥ 1 hora

Con respecto al tiempo de espera catalogados como mínimo, máximo, promedio y el tiempo estándar según la NT. 042-2006/MINSA; al relacionar con las prioridades de atención del Servicio de Emergencia, se observa en la Tabla 2, el tiempo mínimo de la prioridad 1, 2, 3, 4 es 1, 3, 16, 33 min. respectivamente y máximo es 60, 55, 72, 55 min. respectivamente, siendo el promedio de cada prioridad de 5, 25, 45, 47 min, y el tiempo estándar que se debería cumplir en toda atención de emergencia según prioridad es 5, 10, 20 y 60 min.; la información revela que los tiempos máximos de espera de los pacientes que acuden a recibir una atención médica en el Servicio de Emergencia son muy largos en relación con lo que está establecido por el MINSA.

Tabla 3. Tiempo de espera según la prioridad de la atención de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

PRIORIDADES DE ATENCIÓN	TIEMPO DE ESPERA					
	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Prioridad 1	8	28,57	21	21,21	29	22,83
Prioridad 2	8	28,57	68	68,69	76	59,85
Prioridad 3	7	25,00	10	10,10	17	13,38
Prioridad 4	5	17,86	0	0,0	5	3,94
Total	28	22,05	99	77,95	127	100,00

En la Tabla 3, se describe que el 59,85% y el 22,83% del total de la población en estudio que fue atendido es de prioridad 2 y 1 y solo un 4% de atenciones fue de prioridad 4; pero aun relacionando dichas prioridades de atención con el tiempo de espera se observa el 77, 95% de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, responden el tiempo de espera es inadecuado; el 68,69% fueron de prioridad 2, seguido 21,21% de prioridad 1 y no existe paciente alguno de prioridad 4 que responda el tiempo de espera sea inadecuado. Por lo que, se concluye que los pacientes objeto de estudio responden en un alto porcentaje que el tiempo de espera en la atención es inadecuado en la prioridad 2 y adecuado en la prioridad 1, 3 y 4; respectivamente.

Tabla 4. Satisfacción en la atención, según respuestas; satisfecho e insatisfecho en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

Satisfacción en la atención	N°	%
Insatisfecho	43	33,86
Satisfecho	84	66,14
Total	127	100,00

En relación con la Tabla 4, se describe del total de 127 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia el 66,14% tienen una percepción de estar satisfechos y un 33,86% de los mismos responden estar insatisfechos por la atención. Por lo tanto, se deduce que la percepción de la calidad de atención que brinda el personal de emergencia no es tan satisfactoria a opinión de los pacientes.

Tabla 5. Satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia, según dimensiones, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

Dimensiones Satisfacción	Satisfecho		Insatisfacción		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Fiabilidad	88	69,05	39	30,95	127	100,00
Capacidad de Respuesta	77	60,32	50	39,68	127	100,00
Seguridad	85	66,67	42	33,33	127	100,00
Empatía	75	58,73	52	41,27	127	100,00
Aspectos tangibles	74	57,94	53	42,06	127	100,00
Total	84	66,14	43	33,86	127	100,00

En la Tabla 5, se demuestra que del total de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia el 66,14% están satisfechos y un 33,86% se mostraron insatisfechos. Al analizar las dimensiones, se encontró que el 69,05% estaban satisfechos en la dimensión de fiabilidad, 66,67% en seguridad el 60,32% en capacidad de respuesta respectivamente; sin embargo, la dimensión que menos satisfacción obtuvo es los de aspectos tangibles con 57,94%. Por lo tanto, se deduce que existe una tendencia porcentual similar entre las cinco dimensiones.

Tabla 6. Satisfacción y tiempo de espera de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021.

Satisfacción	Tiempo de espera					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Insatisfecho	3	10,71	40	40,40	43	33,86
Satisfecho	25	89,29	59	59,60	84	66,14
Total	28	100,00	99	100,00	127	100,00

No obstante, que en la Tabla 6 se observa que los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia Hospital José Soto Cadenillas - Chota, según el nivel de satisfacción y tiempo de espera (escala de medición), de total de 127 pacientes atendidos el 66,14% su nivel es satisfecho respecto al tiempo de espera, a diferencia del 33,86% de los mismos se encuentran insatisfechos respecto al tiempo de espera; tal es así de los 28 pacientes que respondieron que el tiempo de espera en la atención médica es adecuado el 89,29% refieren estar satisfechos y solo 10,71% están insatisfechos y de los 99 pacientes que respondieron que el tiempo de espera en la atención médica es inadecuado, el 59,60% están satisfechos a diferencia del 40,40% responden estar insatisfechos.

Por lo que, se concluye que a pesar de que el tiempo de espera puede ser prolongado existe un alto porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos con la atención médica. Finalmente, para determinar la relación de variables ya indicadas se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado, teniendo como resultado con un $p=0.003$, lo que significa que sí existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente.

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

La principal forma de evaluar la calidad es verificando la satisfacción del paciente. En la actualidad, existen una serie de modelos para la evaluar la calidad; siendo una de ellas el Modelo SERVQUAL, que mide la calidad de la atención basado en las expectativas y percepciones que expresa el paciente. Dicho modelo ha sido adoptado por el Ministerio de Salud el Perú (13).

Alcanzar la satisfacción del paciente en la atención de los servicios de salud es una preocupación constante de quienes dirigen los establecimientos de salud y esto se constituye en un indicador de la calidad que permite evaluar las expectativas y percepción del paciente. Es por ello por lo que, en un primer momento, se determinó la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente, luego se determinó la satisfacción y el tiempo de espera del paciente que acude al Servicio de Emergencia para recibir una atención médica.

La satisfacción son ahora la piedra angular del servicio de sanidad. Partiendo de esta premisa, se impulsa una nueva cultura de gestión estableciéndose una serie de prioridades: La mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de algunos servicios sanitarios, estar confortables y de alta calidad humana y científico técnica. Todos estos son elementos constitutivos de lo que llamaríamos un servicio de calidad total y global, cuyo fin primordial y concreto sería la satisfacción del paciente (18).

Para el soporte filosófico de la presente tesis se tiene al modelo empírico así como también al modelo positivista para estudiar la variable de satisfacción en la

atención del paciente en el servicio de emergencia, teniendo en cuenta que dichos modelos se relación entre sí; para el primero acepta la experiencia como única fuente del saber y el segundo relaciona el racionalismo con el empirismo, también llamándola lógica deductiva e inductiva, es decir para los positivistas pretende predecir hechos a partir de relaciones causa-efecto. Principios filosóficos que se cumplen en la investigación por que las respuestas dependen de las experiencias y expectativas que tenga el paciente para ser atendido.

En la actualidad, se ha pasado a una nueva manera de entender la satisfacción del paciente, acudiendo directamente a ellos para determinar cuáles son realmente sus necesidades y sus expectativas. Desde esta perspectiva, es necesario que el profesional de salud conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria (22).

Mientras que el tiempo de espera para algunos autores como Niebel, lo definen como una técnica que, en base a la medida del contenido del trabajo, siguiendo un método y utilizando equipamiento, permite establecer los tiempos estándar para las tareas, valorar el rendimiento de un tiempo de esfuerzo y proporcionar una clara justificación para las demoras inevitables, como descansos personales y la fatiga del trabajador (4). El autor menciona que estos pueden también determinarse mediante el uso de estimaciones, registros históricos y procedimientos de medición del trabajo.

En nuestro país el Ministerio de Salud (MINSA) ha establecido una NT. La 042-2006 la que continua vigente, que permite el estudio de tiempos y movimientos de los establecimientos de salud; es una herramienta importante para el manejo y

control de los recursos que son partícipes en los procesos internos de una organización con la finalidad de agregar valor a los resultados obtenidos. La metodología utilizada para la realización de este trabajo y especialmente para la obtención de información y datos, está basada en la observación de campo y el análisis estadístico de los procesos a ser medidos, considerando las unidades de tiempo obtenidas (minutos) (36).

El estudio de los tiempos de espera se relaciona con el modelo epistémico del realismo, el cual considera como postura los hechos son anteriores a las ideas es decir los hechos son los que cuentan, la realidad enseña y de eso se aprende, los tiempos de espera representan una forma de exclusión social y es considerado como problema de salud pública porque cuando el tiempo es prolongado agrava la enfermedad, aumente los niveles de ansiedad, se hace difícil de tolerar y finalmente repercute en el incremento de los costos del sistema de salud.

- Según los resultados respecto a las *características sociodemográficas* en la tabla 7, se evidencia en relación *a la edad y sexo*, que de 100% de pacientes que contestaron el cuestionario, encontramos que el 19,69% de los sujetos de estudio se encuentran en el grupo etario de 34 a 38 años, seguido de un 16,54% y 15,75% que corresponden al grupo etario de 23 a 28 y 18 a 22 años, respectivamente, siendo el de menor porcentaje el 7,09% perteneciente a las edades de 39 a 44 años; respecto *al sexo* de los pacientes en estudio el 53,54% son mujeres, en cambio el 46,46% son hombres, lo que indican que las mujeres fueron en número ligeramente mayor que los varones. Por lo tanto, la muestra es representativa.

- En lo que se refiere al **grado de instrucción** de los sujetos en estudio 127 se observa que el 40,16%, tienen secundaria, seguido 22,83% tienen superior técnico se continua, el 20,47% tienen grado de primaria y el 12,6% tienen superior y solo el 3,94% de los encuestados son analfabetos.

Los resultados de esta investigación expresan el predominio de un nivel de instrucción medio en los pacientes encuestados, por lo tanto, sus expectativas sobre la calidad de atención son moderadamente altas, respecto a la atención que se brinda en el servicio de emergencia, por lo tanto, la satisfacción no resulta ser tan real en comparación a los estándares de calidad, dado que estos pacientes en su gran mayoría provienen de zonas rurales donde sus condiciones de vida son precarias. Según Gutiérrez (2). Sostiene que: la expectativa del paciente tiene también limitaciones sobre la calidad. Los pacientes, por lo general, tienen un conocimiento incompleto de las bases científico-técnicas de la atención de salud, por lo que sus juicios en relación con estos aspectos pueden no ser válidos; en algunos casos esperan y exigen cosas que sería incorrecto que el profesional proporcionarla.

- En relación con el **tipo de seguro**, del total de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia el 80,31% tienen SIS, seguido de un 17,32% tienen seguro ESSALUD, pero aún existe 2,36% de pacientes atendidos, que no tuvieron ningún tipo de seguro. Por lo que, se concluye que, existe un alto porcentaje de pacientes atendidos que cuentan con diversos tipos de seguros, lo que permite la resolución de sus problemas de salud ya que se garantiza por lo menos con atención profesional, medicamentos, exámenes de laboratorio y exámenes por imágenes de manera gratuita de parte de la institución de salud.

- *En cuanto al tiempo de espera del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas*, según la Tabla 2, se aprecia la distribución de pacientes según prioridades de atención en relación con el tiempo de espera: clasificados como tiempo mínimo, máximo, promedio y un tiempo estándar, de las cuales se observan las prioridades más importantes a tener en cuenta en la atención de emergencia hospitalaria, es la prioridad 1 y 2, mientras que la 3 y 4 deberían atenderse en consultorios externos: En la prioridad 1 el tiempo de espera en promedio que esperó el paciente para atenderse en emergencia fue de 5 min.

Teniendo como tiempo máximo 60 min. y como mínimo 1 min. De igual modo la prioridad 2 el tiempo promedio es de 25 min, siendo el máximo tiempo de espera 55 min. y el mínimo tiempo de 3 min. Comparando con el tiempo estándar se concluye que, para la prioridad 1, si se encuentra dentro los estándares normales y para la prioridad 2, existe una diferencia numérica amplia para poder lograr los estándares del tiempo de espera.

Comparando estos resultados con la investigación realizada por (Fontova, A., Juvinya, D. y Suñer, R.), 2015, España (1), investigó sobre Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes de un servicio de urgencias hospitalarias teniendo como resultados, el tiempo medio real desde la entrada del paciente a urgencias hasta la visita médica fue de 38,3 min (DE = 34,4) (mediana 27 min [RIC = 38]). Los encuestados refirieron haber esperado una media de 50,3 min (DE = 68,4) (mediana 30 min [RIC = 45]). Estas diferencias no demostraron diferencias estadísticamente significativas (prueba de Wilcoxon; $p = 0,343$).

El 7,1% de los encuestados refirieron que el tiempo de espera fue extremadamente elevado. El tiempo medio de espera real desde que entró el paciente hasta que fue atendido por la enfermera del triaje fue de 5,9 min (DE = 4,2) (mediana 5 min [RIC = 5]). En cambio, los encuestados refirieron haber esperado una media de 16,7 min (DE=28,9; mediana 10 min (RIC = 10; prueba de Wilcoxon; $p < 0,001$). El 2,8% de los encuestados refirieron que el tiempo de espera fue extremadamente elevado.

Al analizar el tiempo de espera real, hasta que le atendió la enfermera de triaje según el nivel de satisfacción global, no se halló una correlación entre ambas variables ($p = -0,021$; $p = 0,730$). En cambio, al comparar el tiempo de espera referido hasta ser atendido por la enfermera con la satisfacción global, se halló una relación inversa: a menor tiempo de espera percibido, mayor satisfacción global ($p = -0,242$, $p < 0,001$).

Otro estudio de investigación por (Pashanaste, D. y Pinedo, L.) 2016, Perú, (50) investigaron sobre tiempo de espera y satisfacción de usuario en consulta externa Centro de Salud Moronacocha, obtuvieron como resultados que el tiempo de espera en el trámite de la consulta es de 1 a 2 horas en 44,7% y solo el 10,5% esperó más de 2 horas. El tiempo de espera antes de la consulta es de 1 a 2 horas en 55,3% seguido por más de 2 horas 20,2%. Tiempo de atención dentro del consultorio, es de 10 a 15 minutos en 63,2%, seguido de 16 a 30 minutos 34,2%.

Este hallazgo coincide con lo encontrado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. A través de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, demuestra que los usuarios de consulta externa de los establecimientos de salud/ respecto al tiempo de espera

para la atención el 57,3% esperan de 46 minutos a más para ser atendidos desde que llegaron al establecimiento de salud, el 22,9% de 16 a 30 minutos y el 11,7% menos de 16 minutos (12).

El 60,2% de los usuarios de consulta externa manifestaron que el tiempo de espera para la atención fue prolongado. Sin embargo, si coincide con el tiempo de duración de la consulta médica, así tenemos que el 34,6% de los usuarios refirieron que la atención en la consulta médica duró de 6 a 10 minutos, el 25,5% entre 11 a 15 minutos y el 16,0% entre 16 a 20 minutos (12).

Según Niebel, el estudio de tiempos puede definirse como una “técnica que, en base a la medida del contenido del trabajo, siguiendo un método y utilizando equipamiento, permite establecer los tiempos estándar para las tareas, valorar el rendimiento de un tiempo de esfuerzo y proporcionar una clara justificación para las demoras inevitables, como descansos personales y la fatiga del trabajador”. El autor menciona que estos pueden también determinarse mediante el uso de estimaciones, registros históricos y procedimientos de medición del trabajo (4).

Según Worley, M.; Schommer, J., el tiempo de espera ha sido definido “como la cantidad de tiempo desde que el paciente ingresa hasta que recibe su atención” (38). La normatividad vigente indica como referencia que la atención del paciente está basada desde el “*momento que ingresa a la unidad de emergencia en el área de triaje hasta el momento que es atendido por el médico*” (39).

Mientras que para Tanner, Cockerham y Spaeth es el tiempo de las colas producido habitualmente por las variaciones de las cargas de trabajo. Tiempos de espera es característicos en la atención sanitaria, son las listas de espera de

toda índole. El tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción del usuario e influye en las expectativas del prestador y de la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios (40).

Por lo que, los estándares de tiempo establecidos con precisión hacen posible incrementar la eficiencia del equipo de trabajo de salud, mientras que los estándares mal establecidos, aunque es mejor tenerlos que no tener estándares, conducen a costos altos, inconformidades del personal y posiblemente fallas de toda la institución. Esto puede significar la diferencia entre el éxito y el fracaso de un servicio de salud.

Los tiempos de espera representan una forma de exclusión social y se presentan como un problema de salud pública, las listas favorecen el incremento de los costos del sistema de salud, incrementan el riesgo de complicaciones, empeoran la enfermedad y alteran la recuperación. Se puede racionalizar el uso innecesario de los servicios de salud y la evidencia empírica prueba que la reducción y el aumento de listas por periodos, constituyen probables soluciones a la sobrecarga de ciertos servicios de salud (41).

Para dar mayor claridad al primer objetivo específico (tiempo de espera), se tiene los resultados de la tabla 3, donde se observa las prioridades de atención: 1,2,3 y 4, versus tiempo de espera, teniendo como parámetros si es adecuado o inadecuado, según la Norma Técnica 042-2006-MINSA, del 100% pacientes encuestados, el 78% de los mismos responden que el tiempo de espera es inadecuado y solo 22% mencionan que es adecuado el tiempo de espera; además se describe el 100% el 59,85% y el 22,83% respectivamente.

Del total de la población en estudio que fue atendido es de prioridad 2 y 1 y solo el 4% de atenciones fue de prioridad 4; pero aún relacionando dichas prioridades de atención con el tiempo de espera se observa que, del 100% pacientes atendidos en emergencia que responden el tiempo de espera es inadecuado, el 68,69% fueron de prioridad 2, seguido 21,21% de prioridad 1 y no existe paciente alguno de prioridad 4 que responda el tiempo de espera sea inadecuado. Respecto al 100% de pacientes que responden que el tiempo de espera es adecuado, el 28,57% de la prioridad 1 y 2 responden que el tiempo de espera es adecuado y el 25% y 17,86% de la prioridad 3, 4 refieren que el tiempo de espera es adecuado.

Esperar es algo que produce más ansiedad de lo que puede imaginar, es algo frustrante desmoralizante y molesto. La experiencia de esperar en para obtener algún servicio afecta enormemente las percepciones de la calidad del servicio proporcionado. Cuando el tiempo es demasiado prolongado o se acrecienta, los niveles de ansiedad aumentan y la espera se vuelve difícil de tolerar (38).

Los tiempos de espera en los servicios de emergencia en el país está estandarizado a través de una Norma Técnica, donde se establece un tiempo límite a tener en cuenta por los servidores de salud, es por ello que en el presente trabajo de investigación se han descrito los tiempos promedios, según las prioridades de atención y esto es válido solo para los servicios de emergencia hospitalaria.

- ***Respecto a la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas***, en la Tabla 4, también la Tabla 5 y 6, se observa lo

siguiente: en la Tabla 4 se aprecia el nivel de satisfacción en la atención, según los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del 100% de encuestados el 66,14% tienen una percepción de estar satisfechos con la atención que se brinda en el Servicio de Emergencia y 33,86% de los mismos, responden estar insatisfechos por la atención recibida; lo que significa que existe una diferencia numérica y porcentual muy significativa entre los pacientes que contestan estar satisfechos e insatisfechos por la atención médica.

Comparando estos resultados con la investigación realizada por Zambrano, R., (14) Perú, titulada: Relación entre tiempo de espera y la satisfacción del paciente con prioridad III en el Servicio de Emergencia Centro Médico Naval, considerada como antecedente en nuestro estudio, podemos apreciar del total de pacientes encuestados el 48,5% se encuentran insatisfechos con el tiempo de espera en el área de laboratorio, mientras que el 37,5% del área de triaje responden estar satisfechos por la atención recibida, seguido por un 35,5% de pacientes del área de tópico contestan estar satisfechos y de manera global el 31,6% de pacientes responden que están satisfechos por la atención que reciben en el servicio de emergencia.

Dicho estudio dista mucho de manera porcentual con el estudio realizado, las razones empíricas podrían ser, la población objeto de estudio y la ubicación geográfica que se encuentran dichos establecimientos de salud; el Hospital José Soto Cadenillas, pertenece al MINSA, se encuentra ubicado en la provincia de Chota en la sierra norte del Perú, atiende a todo tipo de población, tanto a los que cuentan con seguros y a los que no las tienen; a diferencia del establecimiento de salud citado en el estudio, es una institución de salud que pertenece a la Fuerza Armada de la Naval, se encuentra ubicado en la ciudad de Lima y la población que

atiende son solo militares de la Naval, con un nivel de instrucción superior en su gran mayoría, los que podrían influir en las respuestas del cuestionario aplicado.

Otro estudio realizado por (Pérez, C. 2018) (6) Perú, investigó sobre: Satisfacción del usuario y su relación con el tiempo de espera en la atención de salud en el servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo, concluye que el 69% de usuarios están satisfechos con la atención y tienen un tiempo de espera menor de 3 horas, mientras que el 31% de usuarios refieren estar insatisfechos por la atención dado que el tiempo de espera es mayor a 3 horas. Antecedente que tienen relación con el estudio de investigación dado que son hospitales de similar población objetiva a atender, son de servicio público y pertenecen al MINSa.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios se observa predominio de usuarios satisfechos con la atención en 85,1%. Este hallazgo coincide con lo encontrado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. A través de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, en la que la satisfacción del usuario con la atención recibida: El 70,1% refirieron estar satisfechos con la atención que recibieron, el 21,6% manifestó no estar ni satisfecho/ni insatisfecho y el 8,3% estuvo insatisfecho (12).

La satisfacción ha sido ampliamente debatida y discutida en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad en los procesos asistenciales que se brindan en salud, ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios, Zas Ros B. (19). Por lo que, la satisfacción del cliente/paciente/usuario, se refiere al nivel de conformidad de la persona cuando realiza una compra o utiliza un servicio.

La satisfacción se origina a partir del procesamiento cognitivo de la información y es la consecuencia de la *experiencia de emociones* durante el proceso de consumo. Es el resultado de procesos sico-sociales de carácter cognitivo y afectivo. Se podría definir, como una evaluación pos-consumo y/o pos-uso, susceptible de cambiar en cada transacción. Por su parte, la calidad del servicio es la valoración de la utilidad de un producto o servicio, en cuanto a que haya cumplido con los fines que tiene encomendados y también, a que haya producido sensaciones placenteras (21).

O'Connor et al. consideran que las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de determinar el grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario. De esta forma, estos investigadores compararon las expectativas de los pacientes con las expectativas de los proveedores sanitarios, dentro de una clínica médica de multiespecialidad. Teniendo como objetivo tratar de determinar el nivel de coincidencia entre ambas perspectivas (25).

La lógica indica que, a mayor satisfacción, mayor posibilidad de que el cliente vuelva a comprar o a contratar servicios en el mismo establecimiento (Kotler, 1996). Es posible definir a la satisfacción del cliente como el nivel del estado de ánimo de una persona sobre el grado que se ha cumplido sus necesidades o expectativas establecidas, que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas (18).

En el Perú, se cuenta con la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (R.M. N° 527-2011/MINSA, 2011), que contiene la metodología SERVQUAL con modificaciones (28). Para evaluar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio

que se brinda al usuario, se utiliza la encuesta SERVQUAL (Quality Service). Este instrumento fue introducido por Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, quienes concluyeron que comparar las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituirse en una medida de la calidad del servicio.

En la tabla 1, (Apéndice 1), se explica la distribución de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital en estudio, teniendo en cuenta las 22 preguntas del cuestionario, se observa la distribución entre las categorías de satisfacción e insatisfacción; las tres preguntas que obtuvieron mayor porcentaje de satisfacción de parte de los pacientes son: ¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?, el 72,22 % responden estar satisfechos (Apéndice 1 P-3).

Y cuando se le pregunta. ¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?, el 63,49% de los mismos contestan estar satisfechos (Apéndice 1 P-10), y cuando se le pregunta ¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?, el 62,70% de los encuestados refieren estar satisfechos con la atención (Apéndice 1 P-1); y las tres preguntas que obtuvieron el menor porcentaje es; ¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?, el 38,10% responden estar satisfechos (Apéndice 1 P-20).

Las preguntas ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?, ¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?, el 43,65 de los encuestados manifiestan su satisfacción (Apéndice 1 P-17,21), y la pregunta ¿Los ambientes del

servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?, el 45,24, de los mismos responden estar satisfechos con el servicio de emergencia (Apéndice 1 P-22), es decir la insatisfacción fue mayor a diferencia de la satisfacción.

Finalmente, en el cuadro de la Tabla 01 (apéndice 1) en la parte final concluye con porcentajes establecidos en tres niveles, asignados con un color para cada uno, aceptable el color verde, en proceso color amarillo y por mejorar el color rojo. En la institución objeto de estudio concluimos que las preguntas 2, 5, 6, 7, 8, 9 y 12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22, se encuentran en proceso de mejora: como implementación de la farmacia, atención rápida en los exámenes auxiliares y atención médica, comunicación entre medico paciente y familiares, responder las inquietudes, entre otros; respecto a las preguntas 1, 3, 4, 10, 11 se refleja una satisfacción aceptable, especialmente en la atención inmediata a su llegada del paciente, que la atención este a cargo del médico, respeto de la privacidad del paciente y otros.

Con respecto a la tabla 1 (apéndice 1) donde se determinó las dimensiones de manera disgregada versus satisfacción de la población objeto de estudio, se encontró que 62,54% está satisfecho y un 37,46% muestra estar insatisfecho. No obstante al analizar las dimensiones, se encontró que el 69,05% estaban satisfechos en la dimensión de fiabilidad, el 66,67% en la dimensión de seguridad, el 60,32% en la dimensión de capacidad de respuesta, el 58,73% en la dimensión empatía y el 57,94% en la dimensión de aspectos tangibles; sin embargo, la dimensión en que más insatisfacción se obtuvo fue aspectos tangibles con, el 4,06% Por lo tanto, podríamos deducir que existe una tendencia porcentual no muy dispersa entre las cinco dimensiones.

En la investigación realizada por Pérez, C. (6), Perú, sobre: Satisfacción del usuario, al analizar las dimensiones, se encontró que un 94% estaba satisfecho en aspectos tangibles, 79% en fiabilidad, 67% en seguridad, 66% en empatía, 50% en capacidad de respuesta; sin embargo, las dimensiones en que más insatisfacción se obtuvo fueron en la capacidad de respuesta con el 50%, seguido del 34% en empatía, 33% en seguridad, 21% en fiabilidad y un 6% en aspectos tangibles. Existiendo diferencias porcentuales significativas respecto a las dimensiones, pero no respecto a la satisfacción global como podemos apreciarlo en las tablas ya indicadas.

Resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Romero, J. (55), Perú, donde la dimensión de fiabilidad, el 75% considera la calidad de atención es muy buena, en la dimensión capacidad de respuesta, el 64,9% ha percibido la atención como muy buena, en la dimensión de seguridad el 65,4% refirió lo mismo, así mismo en la dimensión de empatía el 61,2% refirió lo mismo y finalmente en la dimensión de aspectos tangibles el 52,1% también refirió que la atención recibida es muy buena.

El modelo de Parasuraman, et. al. (1988), se desarrolló a partir de la formulación de las preguntas claves de investigación: ¿De qué forma evalúa al paciente, la calidad del servicio? ¿Realiza directamente una evaluación global o primero valora las etapas específicas del servicio? En caso de que emplee este último método, ¿Cuáles son las diferentes etapas que utiliza para valorar el servicio? Luego de realizar un amplio estudio, estos investigadores encontraron diez atributos comunes que los clientes tienen en cuenta, al momento de percibir la calidad del servicio.

Luego de realizar un amplio estudio, estos investigadores encontraron diez atributos comunes que los clientes toman en cuenta, al momento de percibir la calidad del servicio: 1) Fiabilidad; 2) Profesionalidad; 3) Accesibilidad; 4) Seguridad; 5) Capacidad de respuesta; 6) Cortesía; 7) Comunicación; 8) Credibilidad; 9) Comprensión y Conocimiento del cliente, y 10) Elementos tangibles (6).

Al observar una fuerte correlación entre varias dimensiones, los investigadores decidieron integrar algunas en otras, llegando a un modelo de cinco criterios: 1) Aspectos tangibles; 2) Fiabilidad; 3) Capacidad de respuesta; 4) Seguridad, y 5) Empatía. El cuestionario SERVQUAL contiene 22 preguntas, distribuidas en las cinco dimensiones para evaluar las expectativas de los usuarios respecto al servicio. A la fiabilidad le corresponde cinco preguntas, cuatro a los aspectos tangibles, a la capacidad de respuesta corresponde cuatro; seguridad también cuatro preguntas, finalmente empatía, cinco preguntas. Para su registro se utiliza una escala de Likert de siete puntos, donde 7 significa que los clientes están extremadamente satisfechos, y 1, extremadamente insatisfechos (29).

- En cuanto al objetivo general. *Determinar la relación del tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas*, se tiene los resultados que se aprecian en la Tabla 6; donde de un total del 100% pacientes encuestados, el 66,14% está satisfecho respecto al tiempo de espera, a diferencia del 33,86% de los mismos, que se encuentran insatisfechos respecto al tiempo de espera; tal es así que de los 100% pacientes que respondieron que el tiempo de espera en la atención médica es adecuado el 89,29% refieren estar satisfechos y solo 10,71% están insatisfechos y del 100% pacientes que respondieron que el tiempo de espera

en la atención médica es inadecuado, el 59,60% están satisfechos a diferencia del 40,40% responden estar insatisfechos.

Deduciendo, que a pesar de que el tiempo de espera puede ser prolongado existe un alto porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos con la atención médica que se brinda en el servicio de emergencia.

Sometiendo a prueba la hipótesis nula y alterna aplicando la estadística del chi cuadrada, se obtuvo como resultados; un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y un $p=0.003$, se confirma que, sí existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas - Chota. Comparando estos resultados con la investigación realizada por Zambrano, R.,2016(14), en el Perú, titulada: Tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, donde concluye que existe correlación normal baja entre estas dos variables.

Es decir, a mayor tiempo de proceso de atención, menor satisfacción, mediante la prueba no paramétrica de Spearman, se encontró que la probabilidad es menor al nivel de significación, por lo que se rechaza la hipótesis nula ($r = -,609$, $p < 0.01$), es decir con un nivel de significancia de 1% existe suficiente evidencia para afirmar que existe correlación entre tiempo total empleado por el paciente en el proceso de atención de emergencia y la satisfacción global sobre el proceso de atención.

Otro estudio realizado por Fontova, A., (2015, España) (1), Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes de un servicio de urgencias hospitalarias; teniendo como resultados que la satisfacción está asociada

al tiempo de espera percibido hasta el triaje, a la visita médica y a la información sobre el tiempo de espera aproximado hasta la visita médica, considerando extremadamente elevado con $p < 0,001$.

El estudio realizado permite conocer la opinión de los usuarios del servicio de urgencias y permite elaborar estrategias para mejorar la satisfacción. En este sentido, se debe reducir la sensación de un tiempo de espera prolongado por parte de los usuarios informando sobre el mismo para conseguir mejorar la satisfacción del paciente y sus acompañantes en el servicio de urgencias.

Boudreaux y O'Hea, apuntaron que, lo que determina la satisfacción en relación con el tiempo de espera es la experiencia subjetiva de este, ya que en todos los estudios en los que se comparaba el tiempo de espera real y el percibido, el segundo parecía ser mucho más importante a la hora de determinar la satisfacción. En la misma línea, Brown, et. al. y Bustamante, Veas et. al. señalaron que el tiempo de espera percibido era uno de los aspectos que podían mejorar la satisfacción del paciente. Taylor y Benguer, también reconocieron la importancia del tiempo de espera, prestando especial atención a la percepción de este tiempo. (1)

Otros investigadores han observado que la insatisfacción aflora cuando las expectativas del servicio no se cumplen, observándose que pacientes que esperaban el mismo tiempo estaban satisfechos o no con la visita dependiendo de si este tiempo era mayor o menor de lo que esperaban. También se ha evidenciado que el tiempo de espera está relacionado de forma inversa con la satisfacción del paciente.

5.3. Contrastación de hipótesis

Hipótesis Nula:

No existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital “José Soto Cadenillas” Chota, 2021

Hipótesis Alternativa:

Existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital “José Soto Cadenillas” Chota, 2021

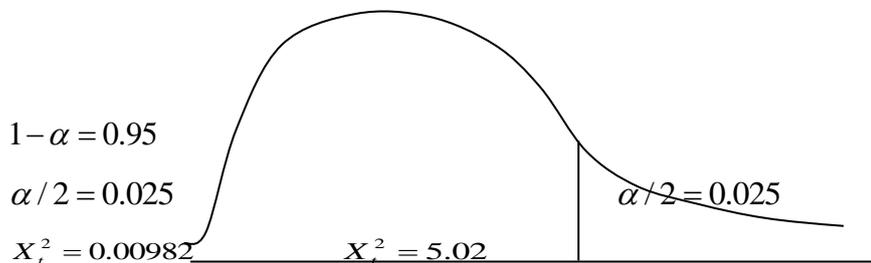
NIVEL DE SIGNIFICANCIA: $\alpha = 0.05$

ESTADÍSTICA DE PRUEBA: Chi cuadrado

$$X_c^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe} = 8.591$$

Grados de libertad $((f-1)*(c-1)=(2-1)*(2-1)=1*1=1)$ $X_t=5.02$

REGIONES:



CONCLUSIÓN: Se rechaza H_0 , por lo tanto, existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021, mediante la prueba la prueba estadística Chi cuadrada con un $p=0.003$.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,591 ^a	1	,003		
Corrección de continuidad ^b	7,317	1	,007		
Razón de verosimilitud	9,941	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	8,524	1	,004		
N de casos válidos	127				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,48.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

El presente cuadro representa una prueba estadística del chi cuadrado, en donde se obtuvo como resultado 0.003, lo que significa que si existe relación significativa entre las variables de tiempo de espera y satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas - Chota, dicha investigación tiene relación con la tesis de Zambrano (15), estudia tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III, obteniendo como resultado $P = 0.001$, también guarda similitud con el estudio de Brown (17), quien estudió tiempo de espera y su relación con la satisfacción de usuarios del P.S. Villa del Sol -Chosica para lo cual utilizó la prueba estadística de Pearson $r : 0,01$.

De igual manera tiene similitud con el estudio de Pérez C. (20), estudia satisfacción del usuario y su relación con el tiempo de espera en la atención Servicio de Emergencia Hospital de Trujillo, evidenciándose como resultados que 34% de usuarios son atendidos en menos de 3 horas y de los mismos el 69% están satisfechos a diferencia del 66% de usuarios que son atendidos en un tiempo mayor a tres horas de las cuales refieren estaban insatisfechos en un 31%. Finalmente se compara con estudio Internacional de Fontova-Almató (2), que estudia las mismas variables. Se observó, a

menor tiempo de espera percibido hasta ser atendidos por la enfermera de triaje, mayor satisfacción global ($-0,242$, $p < 0,001$), y a menor tiempo de espera percibido hasta la visita médica, mayor satisfacción global ($-0,304$; $p < 0,001$).

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

1. Nombre:

Mejora tiempo de espera en la atención del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota.

2. Fundamentación:

El Servicio de Emergencia es el primer punto de contacto de muchos pacientes que necesitan los servicios de salud de forma inmediata. Este servicio suele tener cada vez mayores niveles de congestión, debido que el número de pacientes a menudo excede las capacidades de este, tendiendo a incrementar los tiempos de espera y disminuyendo la satisfacción del paciente, así como también la calidad asistencial (1). La calidad del encuentro inicial entre el personal de salud, los pacientes y acompañantes en la emergencia, determina la forma en que los pacientes y sus acompañantes perciben la experiencia hospitalaria, la calidad de los cuidados que reciben y la satisfacción con el servicio sanitario (2).

Por lo tanto, los tiempos de espera en los servicios de emergencia, son un problema común de muchos países del mundo, evidenciando repercusión en los pacientes y en los sistemas de salud. Estos efectos repercuten en el deterioro del estado de salud de los pacientes, la prolongación de su sufrimiento y la legitimidad de los sistemas de salud. Para mejorar y gestionar los tiempos de espera, los países de la Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico (OCDE) han implementado diferentes mecanismos basados en el

aumento de la oferta de recursos (hospitales, servicios de atención, quirófanos, especialistas, etc.), factores que mejoren las salidas de las listas de espera (4).

También los tiempos de espera tiene una repercusión directa en la expectativa y la percepción de la atención lo que determina la satisfacción del paciente y todo esto refleja en la calidad del cuidado de enfermería y/o atención médica que actualmente es y será siendo centro de debate en los espacios educativos y asistenciales. El más difundido y aceptado por los estudiosos fue el propuesto por Avedis Donabedian en 1966; entiende la satisfacción del paciente, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”(5).

Por lo que, es una preocupación permanente del Ministerio de Salud y trabajadores, alcanzar un alto grado de satisfacción en el paciente; a pesar de las múltiples deficiencias que existe en la actualidad, lo que, no permite garantizar la continuidad de la atención en los servicios hospitalarios, pero aun así los trabajadores de los Servicios de Emergencia también persiguen obtener el máximo grado de satisfacción en sus pacientes, solo que para lograrlo se debe trabajar primeramente en conocer las expectativas de los pacientes; según Muntlin et.al; menciona que la expectativa de los pacientes de los servicios de emergencia se basa en: Competencia técnica, actitud positiva de parte del personal de salud, adecuada información, salas de espera confortables, privacidad y confidencialidad (9).

3. Finalidad

Contribuir a disminuir el tiempo de espera, mejorar la satisfacción del usuario y disminuir la carga de trabajo al servidor que labora en el Servicio de Emergencia, de tal manera que refleje en la disminución de quejas de los usuarios, todo esto en acorde con las políticas actuales de la institución.

4. Objetivos:

4.1 Objetivo General

Disminuir el tiempo de espera en pacientes que acuden a recibir atención en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las oportunidades de mejora en la reducción del tiempo de espera en el Servicio de Emergencia.
- ✓ Llagar aun tiempo de espera promedio como lo establece la NT 042-2006-MINSA.
- ✓ Brindar atención inmediata a pacientes con prioridad I, es decir que pone en peligro la vida del paciente.
- ✓ Mejorar la información y comunicación con los pacientes y familiares o acompañantes.
- ✓ Diseñar un programa de capacitación y actualización a todo el personal que labora en el Servicio de Emergencia.

5. Responsables

- ✓ Investigador

- ✓ Licenciados de Enfermería del Servicios de Emergencia
- ✓ Personal de la Oficina de calidad del Hospital.
- ✓ Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital.
- ✓ Director de Recursos Humanos
- ✓ Director General

6. Duración

- 12 meses.

7. Logros esperados

- ✓ Tiempos de espera en el Servicio de Emergencia acorde la NT 042-2006 MINSA.
- ✓ Paciente clasificado con prioridad I, debe recibir atención inmediata en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota.
- ✓ Comunicación asertiva entre paciente, familiar y acompañante y personal de salud.
- ✓ El Servicio de Emergencia cuenta con un mecanismo de monitoreo y seguimiento del nivel de satisfacción del paciente.

8. Beneficios de la propuesta:

La presente propuesta genera dos posibles escenarios de tendencia positiva:

- ✓ Obtener un alto nivel de satisfacción del paciente, familia y acompañante en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota.
- ✓ Personal de salud que labora en el Servicio de Emergencia satisfecho con la labor que cumple.

- ✓ Instalar una Oficina de calidad en el Servicio de Emergencia, con el fin de monitorizar y hacer seguimiento permanente de la atención del paciente

9. Ámbito de intervención

El ámbito de intervención es el Departamento de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas.

10. Metas:

- ✓ Promover estrategias de intervención que permita disminuir los tiempos de espera y alcanzar alto nivel de satisfacción en pacientes que acuden para atención médica en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.
- ✓ Incrementar la dotación de personal Médico y Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, teniendo en cuenta la alta demanda de pacientes.
- ✓ Generar un mecanismo de medición y seguimiento del cumplimiento de las estrategias para disminuir los tiempos de espera del Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota.

11. Estrategias de la propuesta

Estrategia de intervención	Objetivos	Actividades	Metas
<p align="center">Formular estrategias de intervención en el paciente y personal de salud</p>	<p>Promover estrategias de intervención que permita disminuir los tiempos de espera del paciente que acude para una atención médica en el Servicio de Emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganización de la unidad de triaje; los pacientes deben ser categorizados según prioridad 1 y 2 en tiempo menor de 5 minutos. - Impulsar la capacitación del personal que labora en triaje realizando la clasificación de pacientes. - Establecer claramente los circuitos asistenciales con el fin de cumplir con los estándares de tiempo de atención del paciente. - Elaborar protocolos necesarios para disminuir el tiempo de respuesta del especialista de guardia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de salud Profesional, Técnico mejorará el nivel de satisfacción disminuyendo el tiempo de espera del paciente que acude al Servicio de Emergencia. - Monitoreo y seguimiento permanente de la Oficina de Calidad.
	<p>Implementar acciones que permita la motivación del personal de salud que labora en el Servicio de Emergencia en el Hospital José Soto Cadenillas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programar pasantías de capacitación a los trabajadores de salud, en Hospitales de mayor capacidad resolutive. - Gestión para el reconocimiento a través de Resoluciones de felicitación e incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de la salud: Profesional, Técnico y Auxiliar del Servicio de Emergencia del hospital José Soto Cadenillas Chota estarán motivados por

	Chota.	económicos al personal de salud por su destacada función que cumple.	cumplir sus funciones, con reconocimiento por méritos.
Formular estrategias de intervención institucional	Incrementar la dotación de personal de salud: Profesional y Técnico en el Servicio de Emergencia en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de presupuesto para contrato de Médicos especialistas de medicina interna y de Enfermería con el fin de disminuir el tiempo de respuesta a la atención especializada. - Redistribución del personal de salud de los diferentes servicios a fin de dotar de más recursos humanos en el Servicio de Emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajadores de salud comprometidos a disminuir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción en la atención del paciente en el Servicio de Emergencia.
	Implementar un programa de monitoreo y seguimiento del personal de salud sobre el cumplimiento de las metas y actividades programadas con el fin de disminuir los tiempos de espera en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación trimestral de la satisfacción del paciente y acompañante, teniendo en cuenta la variable tiempo de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina de Calidad asume la responsabilidad de monitoreo y seguimiento del cumplimiento de Objetivos, metas y actividades realizados por el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota.

12. Cronograma de acciones

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN														
ESTRATEGIA	ACCIÓN	RESPONSABLE	2023					2024						
			J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
Formular estrategias de intervención en el paciente y personal de salud	- Reorganización de la unidad de triaje; los pacientes deben ser categorizados según prioridad 1 y 2 en tiempo menor de 5 minutos.	Director de RR.HH. Jefatura del Departamento de Emergencia Médico y Enfermería.	X	X										
	- Impulsar la capacitación del personal que labora en triaje a fin de realizar una buena clasificación de pacientes.	Director de RR.HH. Jefatura del Departamento de Emergencia	X	X										
	- Establecer claramente los circuitos asistenciales, para cumplir con los estándares	Jefe de Departamento	X	X										

	de tiempo de atención del paciente.	de Emergencia y Área de Calidad														
	- Elaborar protocolos necesarios para disminuir el tiempo de respuesta del especialista de guardia.	Área de Calidad y Jefatura Médica y Enfermería del Departamento de Emergencia.	X	X	X	X	X									
	- Programar pasantías de capacitación a los trabajadores de salud en hospitales de mayor capacidad resolutiva. - Gestión para el reconocimiento del personal asistencial y administrativo del Servicio de Emergencia a través de Resoluciones de felicitación e incentivos económicos.	Director de RR. HH y Jefe del Departamento de Enfermería. Director del Hospital, Área de Calidad, Área de Planificación y					X	X	X	X						
											X	X	X	X	X	

		presupuesto.												
Formular estrategias de intervención institucional	- Gestión de presupuesto para contrato de Médicos especialistas de medicina interna y de Enfermería con el fin de disminuir el tiempo de respuesta a la atención especializada.	Director General y Director de RR.HH. del Hospital José Soto Cadenillas			X	X	X	X						
	- Redistribución del personal de salud de los diferentes servicios a fin de dotar de más recursos humanos en el Servicio de Emergencia.	Director de RR.HH. y Jefatura del Departamento de Enfermería.	X	X	X	X	X	X						
	- Evaluación trimestral de la satisfacción del paciente y acompañante, teniendo en cuenta la variable tiempo de espera,	Área de Calidad y Jefatura de Enfermería del Departamento de Emergencia.			X			X			X			X

13. Presupuesto

N°	Actividad	Cantidad	Costo unitario S/.	Costo total S/.
1	Reorganización de la unidad de triaje; los pacientes deben ser categorizados según prioridad 1 y 2 en tiempo menor de 5 minutos.	1	0	0
2	Capacitación del personal que labora en triaje realizando la clasificación de pacientes.	04	200	800
3	Establecer claramente los circuitos asistenciales, con el fin de cumplir con los estándares de tiempo de atención del paciente.	01	100	100
4	Elaborar protocolos necesarios para disminuir el tiempo de respuesta del especialista de guardia.	01	500	500
5	Programar pasantías de capacitación a los trabajadores de salud en hospitales de mayor capacidad resolutive.	2	5.000	10.000
6	Gestión para el reconocimiento del personal asistencial y administrativo del Servicio de Emergencia a través de Resoluciones de felicitación e incentivos económicos.	2	4.000	8.000
7	Gestión de presupuesto para contrato de Médicos especialistas de medicina interna y de Enfermería con el fin de disminuir el tiempo de respuesta a la atención especializada.	01	12.000	12.000
8	Redistribución del personal de salud de los diferentes servicios a fin de dotar de más Recursos Humanos en el Servicio de Emergencia.	01	0	0

9	- Evaluación trimestral de la satisfacción del paciente y acompañante, teniendo en cuenta la variable tiempo de espera,	04	200	800
TOTAL, DE PRESUPUESTO				32.220

14. Evaluación

La evaluación y seguimiento se realiza de manera periódica (mensualmente), y así evaluar los avances que se realizaron, de tal manera se evidencie la disminución del tiempo de espera.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones;

- En las características sociodemográficas de los pacientes sujetos a investigación encontramos el mayor número se encuentran en el grupo etario de 34 a 38 años, respecto al sexo las mujeres fueron proporcionalmente más que los hombres, sobre el nivel de instrucción la mayor proporción tiene secundaria y finalmente en su gran mayoría de los investigados cuenta con SIS.
- Respecto al tiempo de espera promedio del paciente atendido en el Servicio de Emergencia fueron: en la Prioridad 1 si alcanzó a ubicarse dentro del tiempo que establece el estándar y la prioridad 2, 3 y 4 sobrepasó el estándar, siendo tiempos muy largos en relación con el estándar establecidos por el MINSA.
- Que los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia Hospital José Soto Cadenillas responden en su mayoría estar satisfechos de la atención recibida a diferencia del tiempo de espera que responden es inadecuado.
- Sobre la satisfacción según las dimensiones en estudio; responden estar satisfechos con mayor porcentaje la dimensión Fiabilidad, seguido de Seguridad, luego Capacidad de Respuesta y Empatía y finalmente Aspectos Tangibles.
- Al contrastar la hipótesis se encontró que existe relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente atendido en el Servicio de Emergencia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021; mediante la prueba estadística Chi cuadrada con un $p=0.003$.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A los profesionales del Hospital José Soto Cadenillas - Chota

- Difundir los resultados del estudio de investigación en el personal de salud asistencial y administrativo del Servicio de Emergencia, con el fin de implementar planes de mejora continua que hagan sostenibles la satisfacción manifiesta en esta investigación.
- Realizar investigaciones de tipo cualitativas, sobre la línea investigada teniendo en cuenta la interculturalidad y poder entender las expectativas de los usuarios a fin de lograr mantener y mejorar la satisfacción de los pacientes.

A los Directivos del Hospital José Soto Cadenillas-Chota.

- Promover en los trabajadores, en el grupo de profesionales, el planteamiento y desarrollo de proyectos de investigación relacionados a la calidad y satisfacción del usuario externo, haciendo uso de instrumentos SERVQUAL, que se encuentra aprobado y validado por el MINSA.
- Elaborar un plan de mejora continua para el Servicio de Emergencia teniendo en cuenta los resultados del presente estudio.

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca

- Promover el planteamiento y desarrollo de estudios cuanti-cualitativos relacionados con la calidad de la atención y la satisfacción del usuario externo e interno para plantear estrategias que permitan mejorar y hacer sostenible en el tiempo la satisfacción encontrada en esta investigación.

- Establecer convenios con los Gobiernos Nacionales, Regionales y Locales para poner a disposición los resultados de las investigaciones para que se conviertan en políticas y proyectos que ayuden a resolver los problemas sociales que enfrenta nuestra región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kotler, P. Dirección de Mercadotecnia 8a Ed. - Marketing | Calidad (Negocios) [En Línea]. 1996 [citado 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/54545203/Direccion-de-Mercadotecnia-8a-Ed-Kotler>
2. Fontova-Almató A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Rev Calid Asist.* 1 de enero de 2015;30(1):10-10-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X1500007X?via%3Dihub>
3. Gutierrez A, Mendoza P. Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. *An Fac Med.* 30 de junio de 2019;80(2):183-7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200008
4. Informe Centro de Investigacion en Sistema de Salud Instituto Nacional de Salud Pública, México [En Línea]. [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/estudios/IF_TE_11.pdf
5. Banco Interamericano de Desarrollo BID: Un mecanismo de priorización del gasto en salud | Publicaciones [En Línea]. [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-15-Listas-de-espera-Un-mecanismo-de-priorizaci%C3%B3n-del-gasto-en-salud.pdf>
6. Castillo R. Rojas Á. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investig Educ En Enferm.* 2004;XXII(2):128-37. <file:///C:/Users/shq31/Downloads/Dialnet-AlgunasConsideracionesEnElAnalisisDelConcepto-1321669.pdf>
7. Pérez R. Satisfacción Del Usuario Y Su Relación Con El Tiempo De Espera Para La Atención De Su Salud En El Servicio De Emergencia Del Hospital Belén De Trujillo En El Año 2018 [En Línea]. [Trujillo]: Cesar Vallejo; 2018 [citado 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25430>
8. Ministerio de Salud, Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud [Internet]. 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/shq31/Downloads/3930.pdf>
9. Calle Ch. Marlo F. Factores que influyen en la insatisfacción del usuario en relación a la calidad de atención del personal del servicio de emergencia, Hospital Francisco de Orellana de la Coca, año 2015 [En Línea]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2016. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Factores-que-influyen-en-la-insatisfacci%C3%B3n-del-en-a-Chiliquinga-Fernando/555d7470ba62b20135bbdcb8ea8ae571210101f0>

10. Pinedo-Portilla J. Satisfacción del Paciente en el Servicio de Emergencia. *Patient Satisf Emerg Serv.* abril de 2017;10(2):104-5. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052343/rcm-v10-n2-2017_pag104-105.pdf
11. Huamán S. Percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital «JSC» Chota, setiembre 2014. [Hospital José H. Soto Cadenillas]: Universidad Cesar Vallejo; 2015.
12. Oficina de Estadística. Hospital de Chota | José H. Soto Cadenillas [En Línea]. 2020 [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.hjsc.gob.pe/#>
13. Plan nacional concertado de Salud - 2007 -2020 [En Línea]. [citado 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf
14. Rivera T. Expectativas y percepciones de la calidad de atención en los consultorios de Medicina General del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” de la Policía Nacional del Perú. Lima, Setiembre 2013 – Febrero 2014 [En Línea]. Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 14 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4986>
15. Zambrano R. Tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del servicio de emergencia del Centro Médico Naval 2016 [En Línea]. [Lima]: Cesar Vallejo; [citado 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/8787>
16. Gavilanes D. Tiempo de espera y satisfacción del usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Jaime Roidós Aguilera, Ecuador 2021. 2021;95. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/67691>
17. Brown - Fretell J. El tiempo de espera y su relación en la satisfacción de los usuarios del puesto de Salud Villa del Sol - Chosica [En Línea]. [Chosica - Lima]: Universidad Cesar Vallejo; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/12725>
18. Pardo F. Cárdenas V. Nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia, Clínica Jesús del Norte, Lima 2018. [En Línea]. [Lima]: Universidad Nacional del Callao; 2018. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3740/PARDO%20Y%20CARDENAS_TESIS2DAESP_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Niola A. La satisfacción del usuario externo en tiempo de espera en el servicio de emergencia del Hospital General Norte IESS Los Ceibos 2021 [En Línea]. [Chile]: Cesar Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80128/Niola_TAG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Pérez M. Tiempo de espera y satisfacción del paciente en el servicio de emergencia - obstetricia del hospital referencial Ferreñafe 2020. Repos Inst - UCV [En

- Línea].2020 [citado 10 de julio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/48253>
21. Poma E. Ramos J. Tiempo de espera y satisfacción respecto a la atención de salud en usuarios del servicio de emergencia – Hospital Lircay, Huancavelica en el año 2019. Univ Nac Callao - Repos Inst - CONCYTEC [En Línea].2020 [citado 10 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5467>
 22. Matzumura J. Gutiérrez H. Zamudio E. Satisfacción de la atención en el servicio de emergencia de una institución privada de salud. QhaliKay. 1 de abril de 2018;2(1):1-11. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/1401>
 23. Barrera M. Modelos Epistémicos. Editorial: Cooperativa Editorial Magisterio ISBN: 9789582006884 2000;50(1):43-51. <https://www.gandhi.com.mx/modelos-epistemicos>
 24. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. J Mark. 1994;58(1):111-24. <https://www.jstor.org/stable/1252255>
 25. Garcia M, Gomez E, Diaz G. Satisfacción del usuario como un indicador de la calidad en el Servicio de Cardiovascular del CMN 20. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011;Volumen 16, Núm. 4, octubre-diciembre, 2011:7. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq114d.pdf>
 26. Velandia F, Ardón N, Jara MI. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Rev Gerenc Políticas Salud. 2007;6(13):139-139-68. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200008
 27. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios [En Línea]. 2002 [citado 14 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X02774708>
 28. Zas-Ros B. Experiencias en Psicología Hospitalaria. ALAPSA. 2016;207. <https://www.alfepsi.org/experiencias-en-psicologia-hospitalaria/>
 29. Martín M. Román M. Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. Harv Deusto Bus Rev. 1998;(86):96-103. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=63235>
 30. Stoner J. Freeman R. y Gilbert D. Libro de Administración [En Línea]. [citado 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://alvarezrubenantonio.milaulas.com/pluginfile.php/76/mod_resource/content/1/LIBRO%20DE%20ADMINISTRACION.pdf

31. Avedis-Donabedian. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México : Instituto Nacional de Salud Pública : Fondo de Cultura Económica, 1988. 772 p. *Estud Sociológicos El Col México*. 1 de mayo de 1991;387-9. <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/907>
32. Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y médicos de apoyo. Resolución N°527-2011/MINSA, 11 de junio 2011 [En Línea]. [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>
33. Ibarra L, Casas E, Partida A. Servqual Method Applied to Agencia Fiscal Del Estado De Sonora: An Analysis about Service Quality. *Procedia - Soc Behav Sci*. 25 de agosto de 2014;148:87-93. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814039251>
34. Varela J, Rial A, García E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema*. 2003;Vol. 15, no 4, pp. 656-661:6. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715421.pdf>
35. Pérez Z. Evolución de la calidad y su gestión hacia la era del conocimiento - Ilustrados! [En Línea]. [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/8302/Evolucion-calidad-gestion-haciaconocimiento.html>
36. Abad D. El concepto de calidad en la organización y su sentido estratégico de Darío Abad Arango - Libro - Leer en línea [En Línea]. 2008 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.scribd.com/book/282735913/El-concepto-de-calidad-en-la-organizacion-y-su-sentido-estrategico>
37. Padilla J. Gestión de la calidad según Juran, Deming, Crosby e Ishikawa - GestioPolis [En Línea]. 2013 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/gestion-de-la-calidad-segun-juran-deming-crosby-e-ishikawa/>
38. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q*. diciembre de 2005;83(4):691-729. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16279964/>
39. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Ginebra: Ediciones Díaz de Santos; 1994. 630 p. https://books.google.com.pe/books?id=gtvXJ_yog1YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
40. Murillo J. Bellido L. Huamani P. Garnica G. Munares O. Del-Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. *An Fac Med*. 9 de octubre de 2019;80(3):288-97. http://dev.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300003

41. Ministerio de Salud. Estudio de tiempos de espera y metodología para su intervención en los EE.SS. En Lima; 2015. p. 1-15. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/tiempo_espera_eess.pdf
42. Resolucion-Ministerial-811-2018-MINSA, Implementacion del Plan Cero Colas en la IPRS [En Línea]. [citado 4 de enero de 2020]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/197306/Resolucion-Ministerial-811-2018-MINSA.PDF>
43. Gutiérrez E. Ramos W. Uribe M. Ortega-Loayza A. Montesinos D, León O, et al. Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de Lima. Rev Peru Med Exp Salud Publica. :5. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n1/a13v26n1.pdf>
44. Ministerio de Salud, Norma Técnica de los servicios de Emergencias de HospitalesN°042-2007 [En Línea]. [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
45. Arias J. Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico de un Instituto especializado de salud de Lima, 2017 [En Línea]. [Tesis]. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo; 2017. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1
46. Cañizares A, Santos A. Gestión de listas de espera en el sistema nacional de salud: una breve aproximación a su análisis [En Línea]. Madrid: Laboratorio de Alternativas; 2011. Disponible en: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
47. Velandia M. Triage de Urgencias, Revista de Enfermería, Medicina [En Línea]. encolombia.com. 2014 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-51/enfermeria5102-triage/>
48. Soler D. Norma Técnica N° 042-2006, Servicio de Emergencia MINSA. 2006;57. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353462-norma-tecnica-de-salud-de-los-servicios-de-emergencia-nt-n-042-minsa-dgsp-v-01>
49. Guerra J, Huamán A, Huayllas H. Prioridad de atención según triaje y tiempo de espera en pacientes del servicio de emergencia de un Hospital público de Lima, 2018. [En Línea]. Lima; 2018. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7069/Prioridad_GuerraPerales_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Velásquez P. Rodríguez A. Jaén J. Metodologías cuantitativas para la optimización del servicio de urgencias: una revisión de la literatura. 2011;23. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54522293012.pdf>

51. Robbins S. Administración. Pearson Educación, octava edición 2005. 748 p. https://books.google.com.mx/books?id=oVHIFmFi_ToC&printsec=frontcover&hl=es&cad=0#v=onepage&q&f=false
52. d'Empaire G. Calidad de Atención Médica y Principios Éticos. Acta Bioethica [En Línea]. 30 de noviembre de 2010 [citado 26 de septiembre de 2020];16(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
53. Hernández R. Fernández C. Baptista L. Metodología de la investigación [En Línea]. México, D.F.: McGrawHill; 2014. Disponible en: http://metabase.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf?sequence=1
54. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol. junio de 2015;28(2):228-33. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
55. Municipalidad Provincial de Chota [En Línea]. [citado 24 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
56. Ubicación Geográfica | Municipalidad Provincial de Chota [En Línea]. [citado 11 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
57. Hospital José Hernán Soto Cadenillas [En Línea]. [citado 11 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hospital-jose-hernan-soto-cadenillas>
58. 12_Informe_Final_Ensusalud_2015.pdf [Internet]. [citado 11 de julio de 2022]. Disponible en: http://inei.inei.gob.pe/inei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2015-112/12_Informe_Final_Ensusalud_2015.pdf
59. Informe -Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [En Línea]. [citado 19 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf
60. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2017 [En Línea]. [citado 11 de julio de 2022]. (INEI) https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
61. Real Académica Española- RAE Diccionario: "Paciente". En: *Significados.com*. Disponible en: <https://www.significados.com/paciente/> Consultado: 1 de enero de 2023, 05:48 pm.
62. Zelaya, R. (2006). Estudio de investigación de mercado sobre satisfacción del cliente y preferencia de medios en la ciudad de Arequipa. Recuperado el 12 de diciembre del 2015, de: <http://www.uovirtual.com.mx/moodle/lecturas/comcon/9.pdf>

63. Labrador, H. (2006). La satisfacción del cliente. Módulo Gerencia de Servicio al Cliente del CIDEC. Recuperado el 11 de diciembre del 2015, en:http://www.galeon.com/henderlabrador/hender_archivos/lsc.pdf
64. Marianne G.H. (2008) Reflexiones sobre principios éticos en investigaciones biomédicas en seres humanos, Rev. Chil. enferm. respir. v.24 n.2 Santiago, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482008000200008> citado 10 de enero 2023, https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482008000200008&script=sci_arttext&tlng=en
65. García, E. (2011) El principio de confidencialidad, Artículo científico Volumen 33.supl.2 Abril-Junio 2011, citado el 11 de enero 2023, <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112g.pdf>.
66. Ortiz A. Epistemología y ciencias Bunge M. Epistemología. 3ra Ed. Barcelona, España: Editorial Ariel; 2002. https://www.academia.edu/8488822/31_La_Ciencia_Su_Metodo_YSu_Filosofia
67. Hernández, R. Mendoza, C. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. 2018 diciembre; IV (1). Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
68. Maturana, H. La objetividad científica y la subjetividad según Humberto Maturana Revista Espacios Educación • Education • Educação • Vol. 41 (35) 2020 • Art. 8 Recibido/Receiver: 08/06/2020 • Aprobado/Approved: 22/08/2020 • Publicado/Publisher: 17/09/2020. <http://www.revistaespacios.com/a20v41n35/a20v41n35p08.pdf>.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Tabla 1. Distribución de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2021; según las preguntas del cuestionario.

Preguntas	Satisfecho	Insatisfecho	Total
P1	62.70	37.30	100.00
P2	53.97	46.03	100.00
P3	72.22	28.57	100.00
P4	61.11	38.89	100.00
P5	50.79	49.21	100.00
P6	57.94	42.06	100.00
P7	53.17	46.83	100.00
P8	49.21	50.79	100.00
P9	54.76	45.24	100.00
P10	63.49	36.51	100.00
P11	60.32	39.68	100.00
P12	55.56	44.44	100.00
P13	57.94	42.06	100.00
P14	57.14	42.86	100.00
P15	56.35	43.65	100.00
P16	53.97	46.03	100.00
P17	43.65	56.35	100.00
P18	53.97	46.03	100.00
P19	58.73	41.27	100.00
P20	38.10	61.90	100.00
P21	43.65	56.35	100.00
P22	45.24	54.76	100.00
Total	66.14	33.86	100.00

> 60%	Por Mejorar (Rojo)
40 - 60 %	En Proceso (Amarillo)
< 40	Aceptable (Verde)

En relación a la Tabla 1, explica, de las 22 preguntas aplicadas a la población objeto de estudio, se observa la distribución entre las categorías de satisfacción e insatisfacción; donde las preguntas 2, 5, 6, 7, 8, 9 y 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22, se encuentran en proceso de mejora: Como implementación de la farmacia, atención rápida en los exámenes auxiliares y atención médica, comunicación entre medico paciente y familiares, responder las inquietudes, entre otros; respecto a las preguntas 1, 3, 4, 10 y 11 se refleja una satisfacción aceptable, especialmente en la atención inmediata a su llegada del paciente, que la atención este a cargo del médico, respeto de la privacidad del paciente y otros.

APÉNDICE 2

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

	N° Encuesta: _____				
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III					
Nombre del encuestador:					
Establecimiento de salud:					
Fecha:	Hora de inicio: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Hora Final: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>				
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el Servicio de Emergencia del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.					
<u>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</u>					
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="1"/>				
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>				
3. Sexo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Masculino</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="1"/></td> </tr> <tr> <td>Femenino</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="2"/></td> </tr> </table>	Masculino	<input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="1"/>	Femenino	<input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="2"/>
Masculino	<input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="1"/>				
Femenino	<input style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;" type="text" value="2"/>				
4. Grado de instrucción	Analfabeto	1			
	Primaria	2			
	Secundaria	3			
	Superior Técnico	4			
	Superior Universitario	5			
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1			
	Ninguno	2			
	Es salud u otro	3			

**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el Servicio de Emergencia (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	
1.	E	Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica.							
2.	E	Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente							
3.	E	Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico							
4.	E	Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud							
5.	E	Qué la farmacia del hospital cuente con los medicamentos que recetará el médico							
6.	E	Qué la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida							
7.	E	Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida							
8.	E	Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
9.	E	Qué la atención en la farmacia del hospital sea rápida							
10.	E	Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11.	E	Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad							
12.	E	Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido							
13.	E	Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore							
14.	E	Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15.	E	Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención							
16.	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17.	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
18.	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
19.	E	Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes							
20.	E	Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes							
21.	E	Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22.	E	Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos							

**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO , la atención en el servicio de Emergencia (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°	P	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?							
02	P	¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?							
03	P	¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?							
04	P	¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?							
05	P	¿La farmacia del hospital contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P	¿La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida?							
07	P	¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?							
08	P	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P	¿La atención en la farmacia del hospital fue rápida?							
10	P	¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
11	P	¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?							
12	P	¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
13	P	¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?							
14	P	¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención?							
16	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
19	P	¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P	¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?							

APÉNDICE 3

FICHA TÉCNICA DE REGISTRO DE DATOS PARA TIEMPO DE ESPERA

N° de Ficha:
DNI. N°:
Fecha:

I. DATOS GENERALES:

1. Sexo:

Masculino	<input type="text" value="1"/>
Femenino	<input type="text" value="2"/>

2. Edad en años

Adulto joven (18 – 29)	<input type="text" value="1"/>
Adulto (30 – 59)	<input type="text" value="2"/>

3. Prioridad de la atención en situación de emergencia:

Prioridad	<input type="text" value="1"/>
Prioridad	<input type="text" value="2"/>
Prioridad	<input type="text" value="3"/>
Prioridad	<input type="text" value="4"/>

4. Tiempo de espera:

1. Triage (HT):	<input type="text"/>
2. Atención (HA):	<input type="text"/>
3. Tiempo de Espera: HA - HT	<input type="text"/>

II. ESCALA DE MEDICIÓN:

- 1. Adecuado:** Sí cumple con lo establecido en la Norma Técnica según nivel de prioridad.
- 2. Inadecuado:** No cumple con lo establecido en la Norma Técnica según nivel de prioridad.

APÉNDICE 4

PRUEBA ALFA DE CRONBACH DE LA ENCUESTA DE EVALUACION DE SATISFACCIÓN EXPECTATIVAS

	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13	E 14	E 15	E 16	E 17	E 18	E 19	E 20	E 21	E 22	suma	Σ (símbolo sumatoria)	
Pcte 1	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	5	7	7	148	α (alfa de cronbach) =	0.800485
Pcte 2	7	6	7	7	7	5	7	7	7	6	5	5	7	7	7	4	6	7	3	6	7	7	137	K (número de items) =	22
Pcte 3	7	7	7	7	7	7	5	7	6	7	5	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	148	Vi (varianza de cada ítem) =	14.305
Pcte 4	6	5	3	7	7	6	6	7	7	6	7	6	6	6	6	7	6	6	7	6	7	7	137	Vt (varianza total) =	$\frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$
Pcte 5	3	7	3	4	7	6	5	7	7	7	6	7	7	6	7	5	5	3	7	4	6	6	125		
Pcte 6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	5	7	7	7	6	6	7	6	7	4	7	7	144		
Pcte 7	6	7	5	7	7	7	7	7	5	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	5	7	7	145		
Pcte 8	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	6	7	4	4	7	7	7	6	142		
Pcte 9	6	4	7	6	7	5	5	5	6	6	5	5	6	7	6	6	6	6	6	3	7	7	127		
Pcte 10	6	7	7	6	7	7	7	6	7	5	7	7	6	7	4	5	6	6	4	5	7	7	136		
Pcte 11	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	5	6	7	6	6	7	7	7	145		
Pcte 12	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	151		
Pcte 13	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5	5	7	7	7	7	7	7	7	149		
Pcte 14	7	7	6	6	7	6	6	6	6	6	5	4	7	5	6	5	6	5	5	7	7	7	132		
Pcte 15	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	150		
Pcte 16	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	6	151		
Pcte 17	7	7	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	5	7	7	143		
Pcte 18	7	5	7	7	6	7	7	6	6	6	7	7	7	7	6	7	6	6	5	5	7	7	141		
Pcte 19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	154		
Pcte 20	7	6	7	7	6	7	6	6	7	6	5	6	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	143		
Varianza	0.94	0.7	1.5	0.5	0.2	0.4	0.5	0.4	0.3	0.35	0.8	0.7	0.2	0.4	0.7	0.8	0.6	1.1	1.3	1.5	0	0.1			

PRUEBA ALFA DE CRONBACH DE LA ENCUESTA DE EVALUACION DE SATISFACCIÓN

PERCEPCIONES

0	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	suma	Σ (símbolo sumatoria)	
Pcte 1	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	5	7	7	148	α (alfa de cronbach) =	0.80049
Pcte 2	7	6	7	7	7	5	7	7	7	6	5	5	7	7	7	4	6	7	3	6	7	7	137	K (número de items) =	22
Pcte 3	7	7	7	7	7	7	5	7	6	7	5	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	148	Vi (varianza de cada item) =	14.305
Pcte 4	6	5	3	7	7	6	6	7	7	6	7	6	6	6	6	7	6	6	7	6	7	7	137	Vt (varianza total) =	60.64
Pcte 5	3	7	3	4	7	6	5	7	7	7	6	7	7	6	7	5	5	3	7	4	6	6	125		
Pcte 6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	5	7	7	7	6	6	7	6	7	4	7	7	144		
Pcte 7	6	7	5	7	7	7	7	7	5	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	5	7	7	145		
Pcte 8	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	6	7	4	4	7	7	7	6	142	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$	
Pcte 9	6	4	7	6	7	5	5	5	6	6	5	5	6	7	6	6	6	6	3	7	7	127			
Pcte 10	6	7	7	6	7	7	7	6	7	5	7	7	6	7	4	5	6	6	4	5	7	7	136		
Pcte 11	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	5	6	7	6	6	7	7	7	145		
Pcte 12	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	151		
Pcte 13	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5	5	7	7	7	7	7	7	7	149		
Pcte 14	7	7	6	6	7	6	6	6	6	6	5	4	7	5	6	5	6	5	5	7	7	7	132		
Pcte 15	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	150		
Pcte 16	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	6	151		
Pcte 17	7	7	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	5	7	7	143		
Pcte 18	7	5	7	7	6	7	7	6	6	6	7	7	7	7	6	7	6	6	5	5	7	7	141		
Pcte 19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	154		
Pcte 20	7	6	7	7	6	7	6	6	7	6	5	6	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	143		
Varianza	0.9	0.7	1.5	0.5	0.2	0.4	0.5	0.4	0.3	0.35	0.8	0.7	0.2	0.4	0.7	0.8	0.6	1.1	1.3	1.5	0	0.1			

**PRUEBA ALFA DE CRONBACH A FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE
TIEMPO DE ESPERA**

	P 1	P 2	P 3	P 4	SUM A	Σ (símbolo sumatoria)		
Pcte 1	2	2	2	2	8	α (alfa de cronbach) =		0.72360617
Pcte 2	1	1	1	1	4	K (número de items) =		4
Pcte 3	2	1	2	2	7	Vi (varianza de cada item) =		1.285
Pcte 4	1	1	1	2	5	Vt (varianza total) =		2.81
Pcte 5	2	2	2	2	8			
Pcte 6	1	1	1	1	4	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$		
Pcte 7	2	2	3	2	9			
Pcte 8	2	1	1	2	6			
Pcte 9	1	1	2	2	6			
Pcte 10	2	2	3	2	9			
Pcte 11	2	2	3	2	9			
Pcte 12	1	2	2	2	7			
Pcte 13	1	2	1	2	6			
Pcte 14	1	1	2	2	6			
Pcte 15	1	1	1	1	4			
Pcte 16	2	2	1	2	7			
Pcte 17	2	2	2	1	7			
Pcte 18	1	1	1	2	5			
Pcte 19	1	2	3	2	8			
Pcte 20	2	2	3	2	9			
Varianza	0.25	0.247 5	0.627 5	0.16				

APENDICE 5

MATRIZ DE VARIABLE DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable y nivel de medición
Edad	Se refiere al tiempo que ha vivido una persona. La edad se suele expresar en años (60).	Cuestionario	18 - 22 años 23 - 28 años 29 - 33 años 34 - 38 años 39 - 44 años 45 - 49 años 50 - 54 años 55 - 59 años	Cuantitativa de intervalo
Sexo	Son las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (60).		Hombre Mujer	Cualitativa nominal
Grado de instrucción.	Cada una de las etapas que forman la educación formal (60).		Analfabeto/a Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario	Cualitativa Ordinal

APÉNDICE 3

FICHA TÉCNICA DE REGISTRO DE DATOS PARA TIEMPO DE ESPERA

N° de Ficha:
DNI. N°:
Fecha:

III. DATOS GENERALES:

5. Sexo:

Masculino	<input type="text" value="1"/>
Femenino	<input type="text" value="2"/>

6. Edad en años

Adulto joven (18 – 29)	<input type="text" value="1"/>
Adulto (30 – 59)	<input type="text" value="2"/>

7. Prioridad de la atención en situación de emergencia:

Prioridad	<input type="text" value="1"/>
Prioridad	<input type="text" value="2"/>
Prioridad	<input type="text" value="3"/>
Prioridad	<input type="text" value="4"/>

8. Tiempo de espera:

4. Triage (HT):	<input type="text"/>
5. Atención (HA):	<input type="text"/>
6. Tiempo de Espera: HA - HT	<input type="text"/>

IV. ESCALA DE MEDICIÓN:

3. **Adecuado:** Sí cumple con lo establecido en la Norma Técnica según nivel de prioridad.

4. **Inadecuado:** No cumple con lo establecido en la Norma Técnica según nivel de prioridad.

APÉNDICE 4

PRUEBA ALFA DE CRONBACH DE LA ENCUESTA DE EVALUACION DE SATISFACCIÓN EXPECTATIVAS

	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	suma	Σ (símbolo sumatoria)	
Pcte 1	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	5	7	7	148	α (alfa de cronbach) =	0.800485
Pcte 2	7	6	7	7	7	5	7	7	7	6	5	5	7	7	7	4	6	7	3	6	7	7	137	K (número de items) =	22
Pcte 3	7	7	7	7	7	7	5	7	6	7	5	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	148	Vi (varianza de cada item) =	14.305
Pcte 4	6	5	3	7	7	6	6	7	7	6	7	6	6	6	6	7	6	6	7	6	7	7	137	Vt (variación total) =	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$
Pcte 5	3	7	3	4	7	6	5	7	7	7	6	7	7	6	7	5	5	3	7	4	6	6	125		
Pcte 6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	5	7	7	7	6	6	7	6	7	4	7	7	144		
Pcte 7	6	7	5	7	7	7	7	7	5	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	5	7	7	145		
Pcte 8	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	6	7	4	4	7	7	7	6	142		
Pcte 9	6	4	7	6	7	5	5	5	6	6	5	5	6	7	6	6	6	6	3	7	7	7	127		
Pcte 10	6	7	7	6	7	7	7	6	7	5	7	7	6	7	4	5	6	6	4	5	7	7	136		
Pcte 11	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	5	6	7	6	6	7	7	7	145		
Pcte 12	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	151		
Pcte 13	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5	5	7	7	7	7	7	7	7	149		
Pcte 14	7	7	6	6	7	6	6	6	6	6	5	4	7	5	6	5	6	5	5	7	7	7	132		
Pcte 15	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	150		
Pcte 16	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	6	151		
Pcte 17	7	7	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	5	7	7	143		
Pcte 18	7	5	7	7	6	7	7	6	6	6	7	7	7	7	6	7	6	6	5	5	7	7	141		
Pcte 19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	154		
Pcte 20	7	6	7	7	6	7	6	6	7	6	5	6	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	143		
Varianza	0.94	0.7	1.5	0.5	0.2	0.4	0.5	0.4	0.3	0.35	0.8	0.7	0.2	0.4	0.7	0.8	0.6	1.1	1.3	1.5	0	0.1			

PRUEBA ALFA DE CRONBACH DE LA ENCUESTA DE EVALUACION DE SATISFACCIÓN

PERCEPCIONES

0	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	suma	Σ (símbolo sumatoria)	
Pcte 1	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	5	7	7	148	α (alfa de cronbach) =	0.80049
Pcte 2	7	6	7	7	7	5	7	7	7	6	5	5	7	7	7	4	6	7	3	6	7	7	137	K (número de ítems) =	22
Pcte 3	7	7	7	7	7	7	5	7	6	7	5	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	148	Vi (varianza de cada ítem) =	14.305
Pcte 4	6	5	3	7	7	6	6	7	7	6	7	6	6	6	6	7	6	6	7	6	7	7	137	Vt (varianza total) =	60.64
Pcte 5	3	7	3	4	7	6	5	7	7	7	6	7	7	6	7	5	5	3	7	4	6	6	125		
Pcte 6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	5	7	7	7	6	6	7	6	7	4	7	7	144		
Pcte 7	6	7	5	7	7	7	7	7	5	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	5	7	7	145		
Pcte 8	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	6	7	4	4	7	7	7	6	142	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$	
Pcte 9	6	4	7	6	7	5	5	5	6	6	5	5	6	7	6	6	6	6	6	3	7	7	127		
Pcte 10	6	7	7	6	7	7	7	6	7	5	7	7	6	7	4	5	6	6	4	5	7	7	136		
Pcte 11	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	5	6	7	6	6	7	7	7	145		
Pcte 12	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	151		
Pcte 13	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5	5	7	7	7	7	7	7	7	149		
Pcte 14	7	7	6	6	7	6	6	6	6	6	5	4	7	5	6	5	6	5	5	7	7	7	132		
Pcte 15	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	150		
Pcte 16	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	6	151		
Pcte 17	7	7	7	7	7	6	6	7	7	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	5	7	7	143		
Pcte 18	7	5	7	7	6	7	7	6	6	6	7	7	7	7	6	7	6	6	5	5	7	7	141		
Pcte 19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	154		
Pcte 20	7	6	7	7	6	7	6	6	7	6	5	6	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	143		
Varianza	0.9	0.7	1.5	0.5	0.2	0.4	0.5	0.4	0.3	0.35	0.8	0.7	0.2	0.4	0.7	0.8	0.6	1.1	1.3	1.5	0	0.1			

**PRUEBA ALFA DE CRONBACH A FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE
TIEMPO DE ESPERA**

	P 1	P 2	P 3	P 4	SUM A	Σ (símbolo sumatoria)		
Pcte 1	2	2	2	2	8	α (alfa de cronbach) =		0.72360617
Pcte 2	1	1	1	1	4	K (número de items) =		4
Pcte 3	2	1	2	2	7	Vi (varianza de cada item) =		1.285
Pcte 4	1	1	1	2	5	Vt (varianza total) =		2.81
Pcte 5	2	2	2	2	8			
Pcte 6	1	1	1	1	4	$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$		
Pcte 7	2	2	3	2	9			
Pcte 8	2	1	1	2	6			
Pcte 9	1	1	2	2	6			
Pcte 10	2	2	3	2	9			
Pcte 11	2	2	3	2	9			
Pcte 12	1	2	2	2	7			
Pcte 13	1	2	1	2	6			
Pcte 14	1	1	2	2	6			
Pcte 15	1	1	1	1	4			
Pcte 16	2	2	1	2	7			
Pcte 17	2	2	2	1	7			
Pcte 18	1	1	1	2	5			
Pcte 19	1	2	3	2	8			
Pcte 20	2	2	3	2	9			
Varianza	0.25	0.247 5	0.627 5	0.16				