



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

Calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo de los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao - 2017

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social
con mención en Gestión de Proyectos Sociales

AUTOR

Isabel Verónica CHOQUECAHUA BUTRÓN

ASESOR

Dr. Enrique Marino JARAMILLO GARCÍA

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Choquecagua, I. (2021). *Calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo de los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao - 2017*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	https://orcid.org/0000-0002-0789-5869
DNI o pasaporte del autor	09793298
Código ORCID del asesor	https://orcid.org/0000-0003-2082-6574
DNI o pasaporte del asesor	07224140
Grupo de investigación	" ___ "
Agencia financiadora	Subvención propia
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Lima - Perú Centros contratados de Lima y Callao 12°03'00"S 77°02'00"O 154 msnm 12°3'23.7" S 77°7.088' O 5msnm
Año o rango de años en que se realizó la investigación	La investigación fue realizada el año 2,017
Disciplinas OCDE	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Otras Ciencias Sociales https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.09.02 Sociología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.01



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Lima, a los dos del mes de febrero del año dos mil veintiuno, mediante sustentación virtual a cargo de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 11: 00 a.m., bajo la presidencia de la Mg. Clara Luz ROCA GONZÁLES y con la concurrencia de los demás miembros del Jurado de Tesis, se inició la ceremonia invitando a la graduanda **CHOQUECAHUA BUTRÓN, Isabel Verónica**, para que hiciera la exposición de la Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social con mención en Gestión de Proyectos Sociales. Siendo el trabajo titulado:

“CALIDAD DE SERVICIO Y LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DE LOS CENTROS CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD EN LIMA Y CALLAO - 2017”

A continuación, fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminando esta prueba y, verificada la votación, se consignó la calificación correspondiente a:

C BUENO 16

Por tanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de **Magíster en Política Social con Mención en Gestión de Proyectos Sociales** a la Bachiller **CHOQUECAHUA BUTRÓN, Isabel Verónica**. Siendo las 12:12 p.m., y para constancia se dispuso se extendiera la presente Acta:

Mg. Clara Luz ROCA GONZÁLES
PRESIDENTA

Dr. Manuel Jerjes LOAYZA JAVIER
MIEMBRO



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

Dra. Elisabeth Juana ACHA KUTSCHER
MIEMBRO

Dr. Enrique Marino JARAMILLO GARCÍA
ASESOR

Dr. JORGE ELÍAS TERCERO SILVA SIFUENTES
Director

PABELLÓN JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI – CIUDAD UNIVERSITARIA

Teléfono: 6197000 Anexo 4003. Lima – Perú.

Correo: upg.sociales@unmsm.edu.pe, upgss@yahoo.es

Web: <http://sociales.unmsm.edu.pe/>

A nuestro Padre Celestial, nuestro creador Dios que nos transforma día a día para ser mejores.

A mis padres Mariano y Eduarda, a mis hermanos y sobrinos por ser el principal soporte para lograr mis metas.

A mi asesor Dr. Enrique Jaramillo García por compartir sus conocimientos, experiencia y motivación para lograr mi anhelo profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: CONTEXTO SOCIO DEMOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	1
1.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	1
1.1.2. A NIVEL NACIONAL	3
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
1.2.1. SALUD PÚBLICA EN UN CONTEXTO NEOLIBERAL	6
1.2.2. EL PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO EN LA POBLACIÓN PERUANA	13
1.2.3. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	15
1.2.4. ESTILOS DE VIDA QUE PREDISPONEN LA ADQUISICION DE LA ENFERMEDAD RENAL	20
1.2.5. LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA	22
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	24
1.4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	25
1.5. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	25
1.6. HIPÓTESIS	26
1.6.1. HIPÓTESIS GENERAL	26
1.6.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	26
1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
1.7.1. OBJETIVO GENERAL	27
1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.1. MARCO FILOSÓFICO Y EPISTEMOLÓGICO	28
2.2. MARCO SOCIOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.3. BASES TEÓRICAS DE CALIDAD DE ATENCIÓN	32
2.3.1. CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL PACIENTE RENAL	32
2.3.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO CALIDAD	34
2.3.3. FILOSOFÍAS DE LA CALIDAD	35
2.3.4. ELEMENTOS DE CALIDAD EN SALUD	37
2.3.5. LOS SERVICIOS DE SALUD PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA DEL USUARIO	38
2.3.6. LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD	39
2.3.7. MODELOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	40
2.3.8. CONTROL DE CALIDAD EN SALUD FACTOR CLAVE PARA UNA MEJOR	43

	CALIDAD DE VIDA DEL USUARIO	
2.4.	BASES TEORICAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	44
2.4.1.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	44
2.4.2.	ELEMENTOS EN LA SATISFACCIÓN	45
2.4.3.	TEORIAS DE LA SATISFACCIÓN	46
2.5.	LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL PERÚ 1990 -2018	47
2.5.1.	LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	50
2.5.2.	PRINCIPALES LINEAMIENTOS PARA EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN LA SALUD PÚBLICA	53
2.5.3.	POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD MINISTERIO DE SALUD -MINSA	57
2.5.4.	POLITICA DE CALIDAD DE LA SALUD EN ESSALUD	57
2.5.5.	LA SALUD RENAL Y SU ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	60
2.6.	MARCO CONCEPTUAL O GLOSARIO	64
	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	66
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	66
3.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	66
3.3.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	67
3.4.	MUESTRA	67
3.5.	UNIDAD DE ANÁLISIS	68
3.6.	TEMPORALIDAD	68
3.7.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
3.8.	VARIABLES	70
3.8.1.	IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	70
3.8.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71
3.8.3.	MATRIZ DE CONSISTENCIA	74
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	76
4.1.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	76
4.2.	PRUEBAS DE HIPÓTESIS	86
4.3.	ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	93
	CONCLUSIONES	100
	RECOMENDACIONES	103
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
	ANEXOS	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenido	Pág.
Figura 1 Matriz de necesidades y satisfactores	33
Figura 2 Modelo Servqual	42
Figura 3 Expansión de la cobertura de los asegurados	55
Figura 4 Plan de Gestión de la calidad de la sede central EsSalud 2016-12017	59
Figura 5 Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal del Seguro Social de Salud 2009	63
Figura 6 Edad de usuarios según grupo etario	76
Figura 7 Sexo de los usuarios.....	77
Figura 8 Nivel de Instrucción de los usuarios.....	77
Figura 9 Tipo de Seguro de los usuarios	78
Figura 10 Usuarios según hospital de procedencia	79
Figura 11 Usuarios según zona de ubicación	79
Figura 12 Usuarios según turno de atención	80
Figura 13 Usuarios según tiempo de tratamiento.....	81
Figura 14 Elementos tangibles	82
Figura 15 Capacidad de respuesta.....	83
Figura 16 Empatía	84
Figura 17 Nivel de satisfacción de la atención del personal de salud	85
Figura 18 Nivel de satisfacción según dimensiones de la calidad servicio	87
Figura 19 Calidad de servicio y confianza	88
Figura 20 Calidad de servicio y calidad técnica	90
Figura 21 Calidad de servicio y valor percibido	92

ÍNDICE DE CUADROS

Contenido	Pág.
Cuadro N° 1 Edad de los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	120
Cuadro N° 2 Sexo de los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	120
Cuadro N° 3 Nivel de Instrucción de los usuarios en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	120
Cuadro N° 4 Tipo de Seguro de los usuarios en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	121
Cuadro N° 5 Hospital de procedencia de los usuarios en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	121
Cuadro N° 6 Zona de ubicación de los usuarios en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	121
Cuadro N° 7 Turno de atención de los usuarios en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	122
Cuadro N° 8 Tiempo de Tratamiento de los usuarios en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud y Callao	122
Cuadro N° 9 Elementos tangibles en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	122
Cuadro N°10 Capacidad de Respuesta en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	123
Cuadro N°11 Empatía en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	123
Cuadro N°12 Nivel de satisfacción de la atención del personal de salud en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	123
Cuadro N°13 Nivel de satisfacción según dimensiones de la calidad de servicio en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	124

Cuadro N°14	Calidad de servicio y confianza en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	124
Cuadro N°15	Calidad de servicio y calidad técnica en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	124
Cuadro N°16	Calidad de servicio y valor percibido en los centros de contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao	125

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo de los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

El tipo de investigación es descriptivo correlacional, no experimental, transversal. La muestra estuvo constituida por 349 pacientes, el instrumento aplicado fue la encuesta medido a través de la escala de Likert y la entrevista a profundidad.

El 81.8% de los pacientes se encontraron satisfechos con la atención recibida. La dimensión de valor percibido alcanzó el 95.9%, la dimensión empatía alcanzó el 84.2% y la dimensión con menor porcentaje de pacientes satisfechos resultó elementos tangibles con un 69%.

Se concluye que existe una correlación altamente significativa entre la variable calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo de los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, la cual se obtuvo con la prueba de correlación Chi-cuadrado de Pearson (el valor $p < \alpha = 5\%$) por lo tanto se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula.

Palabras Clave: Calidad de servicio, satisfacción, usuario, hemodiálisis, salud, centro contratado.

ABSTRACT

The objective of this research work is to establish the relationship between the quality of service and the satisfaction of external user in the contracted centers of hemodialysis of Social Security in Lima and Callao 2017.

The research is correlational descriptive not experimental and transverse. The sample consisted of 349 patients, the applied instrument measured was scale survey and deep interview.

The 81.8. % of patients were satisfied with the care received. The dimensions of perceived value reached 95.9%, the dimensions empathy reached el 84.2%, and the dimension with the lowest percentage of satisfied patients was tangible elements with a 69%.

It is concluded that there is a highly significant correlation between the variable quality of service of external user in the contracted centers of hemodialysis of Social Security in Lima and Callao, which was obtained with the correlation Pearson chi-squared test (the p- value < an Alpha = 5%) therefore taken the decision to reject the null hypothesis.

Key words: Quality of service, satisfaction, user, hemodialysis, health, contracted center

INTRODUCCIÓN

Los servicios públicos de salud de parte del Estado peruano, han sufrido grandes transformaciones en los últimas décadas del siglo XX y XXI (1990-2017), debido a las radicales reformas sociales, económicas, políticas y culturales ocurridas en el Perú en las décadas 1990-2018, en un contexto de hegemonía del modelo económico neoliberal¹, cuyas consecuencias generaron un profundo impacto en la organización social, económica, política del país; y en la vida y existencia de millones de trabajadores peruanos y de sus familias.

En este largo período, los peruanos de todos los estratos sociales, hemos sido testigos del retroceso del aparato estatal en la provisión de servicios sociales a la ciudadanía, en especial al aseguramiento de ciertos derechos, por ejemplo: el trabajo, la salud, la seguridad social, la educación, habiendo dado lugar al establecimiento de nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad. En efecto, una de las consecuencias de las reformas del Estado que se inició en 1990 con el ajuste económico neoliberal, fue la precarización de los servicios públicos, de salud, seguridad social y educación, dando lugar a la tercerización y/o privatización de éstos servicios públicos, en este escenario de reformas de primera generación, tanto los funcionarios del Estado, así como los ciudadanos de a pie recurrieron a estos servicios percibidos como de mejor calidad en comparación con los servicios estatales (Alfaro y Ramírez, 2018), a la que no ha sido ajena el Seguro Social del Perú (EsSalud).

Es en este contexto, EsSalud recurrió a la tercerización y/o privatización de los servicios de hemodiálisis para la atención de la enfermedad renal crónica (ERC), ante la precariedad y la falta de una infraestructura, tecnología y profesionales calificados para la atención de la cada vez más creciente demanda de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La presente investigación: “Calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo de los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao-2017”, considero que es una contribución, para conocer la

¹ “El neoliberalismo. Doctrina de moda impuesta al mundo de hoy, sacrifica despiadadamente en los países subdesarrollados los gastos para salud, educación, cultura, deportes, seguridad social, viviendas económicas, agua potable y otras necesidades elementales de la población, es decir, hace imposible el desarrollo social”. CASTRO, Fidel (2000). *Mañana será demasiado tarde*, p. 96. México: Txalaparta.

opinión de los pacientes que sufren de esta enfermedad, respecto a los servicios de hemodiálisis que reciben en estos centros contratados por EsSalud, tanto en Lima, así como en el Callao, más aún, teniendo en cuenta, que los pacientes renales sufren mucho dolor, estrés, frustración y desesperanza, que les impide gozar del bienestar y una mejor calidad de vida, que todo ser humano debe tener.

Por otra parte, debemos señalar que los cambios estructurales que afectan a la población como: la urbanización, la transición demográfica y, los estilos de vida basados en el consumismo, han modificado dramáticamente el perfil epidemiológico en el Perú, y; por ende, las características de demanda de los servicios de salud (Banco Mundial, 2011). Estas aceleradas modificaciones en el perfil epidemiológico de los trabajadores peruanos, han dado lugar a la floración de múltiples enfermedades, como las renales crónicas, que causan la muerte de miles de personas, si no son tratados oportunamente en los establecimientos especializados de EsSalud (EsSalud, OIT, 2013).

Por último, cabe señalar, que la presente investigación, ha sido realizada, a partir de mi práctica social cotidiana como Trabajadora Social de EsSalud; y en mi condición de profesional ligada a las ciencias sociales, comprometida con las acciones que contribuyen a la mejora de las condiciones de vida de los pacientes que sufren de Enfermedad Renal Crónica (ERC), que cotidianamente acuden a los centros de hemodiálisis de Lima y Callao, con la esperanza de conseguir una mejoría en su salud, a fin de tener una mejor calidad de vida en sus últimos días de su existencia social.

CAPITULO I: CONTEXTO SOCIO DEMOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Existen varios estudios respecto a la percepción de los usuarios sobre la calidad que brindan los servicios de salud, tanto a nivel internacional, así como a nivel nacional, algunos de los cuales a continuación presentamos:

1.1.1. A nivel internacional

En Ecuador, Ruano (2015) ejecutó un estudio, el cual tuvo como objetivo el análisis de la calidad del servicio y la satisfacción de las pacientes del tópico de ginecología del Hospital Luis G. Dávila, con lo cual desarrolla la propuesta de un sistema de gestión de la calidad bajo la norma ISO 9001-2008. Los resultados señalaron que el 100% del personal profesional manifestó que no disponen de planes de calidad, lo cual incide en la desorganización en el área de ginecología. Respecto al trato y la atención del servicio, el 32% de los pacientes lo calificaron como bueno, mientras que el 30% refirieron como regular y, el 38% de ellas exteriorizaron que es malo. Las pacientes informaron que no recibieron una adecuada información del tratamiento e indicaciones que debe seguir de su estado de salud, de parte del personal médico, haciéndolas sentir inseguras por el servicio ofertado. El investigador refiere que el personal médico necesita ser capacitado, con la finalidad de que los pacientes reciban un servicio de calidad, para lograr su total satisfacción. Los resultados señalaron que las usuarias no estaban totalmente satisfechas por el servicio ofertado por el personal médico del área de ginecología, porque aducían que la calidez del servicio que recibió durante su estancia fue regular.

De la misma en forma, en Colombia, Botero, Fernández y Osorio (2014) realizaron un estudio para identificar los determinantes prioritarios que intervienen en la satisfacción de los usuarios en la Unidad Renal Dialice en la Fundación Clínica del Norte sede Bello (Antioquia). Para ello aplicaron un cuestionario SERVQHOS (20) y utilizaron la escala de Likert. Encontraron como resultado una satisfacción general del 96% respecto a los servicios que brinda la unidad renal. En ocho de nueve

determinantes la satisfacción estuvo solo alrededor del 80%, por lo tanto es importante tener en cuenta todas las observaciones de los usuarios, para ello es bueno realizar encuestas de satisfacción con cierta periodicidad, tanto para los usuarios, como para sus familias, pues estos últimos se convierten en parte fundamental del proceso de tratamiento que se realiza en la unidad renal y se puede lograr la excelencia en la prestación del servicio. Los investigadores concluyeron en que la atención proporcionada por el personal de salud es fundamental para la atención de la unidad renal, la cual se debe aprovechar a la hora de intervenir aquellas oportunidades de mejora encontradas.

En España Pérez, Rodríguez, Suarez, Rodríguez y García (2012) realizaron un estudio para conocer el grado de satisfacción de los pacientes con ERC en hemodiálisis y, en segundo lugar, conocer qué variables se asocian al aumento o disminución de la satisfacción de sus dolencias de los pacientes en las unidades de diálisis. La metodología utilizada fue cuantitativa, observacional, de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal. El instrumento de medida utilizado fue el cuestionario SERVQHOS modificado, los resultados señalan que la mayoría de pacientes están satisfechos en las dimensiones exploradas, con una puntuación inferior a 1,84 (“los servicios prestados han sido mucho mejor/a veces mejor de lo que esperaba”). La calidad de la atención que reciben en diálisis fue valorada con 1,61 (“muy buena/buena”). Los aspectos peor valorados fueron el tiempo de espera, el servicio de ambulancias y la calidad de la comida. Los investigadores concluyeron que el conocer los factores que modulan la satisfacción es tan importante como evaluarla, considerando las variables inherentes del paciente, que están condicionando la satisfacción percibida, es necesario conocer lo que realmente esperan de los profesionales y focalizar de esta manera su asistencia, significa satisfacer sus necesidades y sus expectativas, considerando al individuo desde un ser con características biopsicosociales garantizando un servicio de alta calidad.

En Venezuela, del mismo modo Morillo y Marcano (2010) realizaron un estudio con el objetivo precisar el nivel de satisfacción del usuario de pediatría en las clínicas privadas del Municipio de Curirubana. La metodología usada fue cuantitativa, de tipo transversal, no experimental, descriptiva. Se entrevistó a 64 usuarios, y los autores concluyeron que los usuarios tienen una percepción positiva respecto de lo que esperaban recibir del servicio, en la relación interpersonal, atención de los

trabajadores administrativos, sumado a las bajas expectativas de limpieza de instalaciones, estado de equipos médicos, tiempo de espera, mobiliario y confort en las salas de espera, expresando así, cierta fidelidad dado que estarían dispuestos a retornar.

1.1.2. A nivel nacional

En el mismo sentido, en la Libertad, Fabián (2015) desarrolló un estudio con el objetivo de conocer la relación entre el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado y la calidad del cuidado brindado por la enfermera. Fue un estudio cuantitativo, retrospectivo, diseño descriptivo correlacional. Los resultados del estudio señalan que el 42% presenta un nivel de satisfacción percibida como medio en relación al cuidado del enfermero de la persona hospitalizada, de otro lado calificaron de alto la calidad del cuidado que recibieron del profesional de enfermería con un 44%. Las conclusiones del estudio señalan que existe una relación significativa entre el nivel de satisfacción percibida y la calidad del cuidado brindado por el/la enfermero/a con la persona hospitalizada.

Así también, otro estudio fue realizado en Lima por Larrea (2015) con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa de medicina interna del Hospital Central de la Fuerza Aérea. La metodología utilizada fue cualitativa, descriptivo, transversal. Los resultados señalan que el 76.9% percibe adecuada calidad de atención. Las dimensiones más valoradas fueron capacidad de respuesta y seguridad, mientras la menos valorada fue fiabilidad con un 70.8%. Calidad y Satisfacción son términos estrechamente relacionados, una calificación integral al respecto lo señala Larrea (2015): “hay al menos tres aspectos que consideran los pacientes para la valoración de la satisfacción de la calidad de atención sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y la comunicación (dar y recibir información)”.

En Piura, Hidalgo (2015) realizó un estudio con el objetivo de identificar el nivel de satisfacción del usuario de Santa Inmaculada Centro de Diálisis SAC. La metodología usada fue cuantitativa, no experimental, transversal, descriptivo. Aplicó el instrumento SERVQUAL que mide percepción y expectativas de los usuarios y

para ello utilizó la escala de Likert (1-5). Los resultados señalan que el 90% de usuarios refieren satisfacción respecto a las dimensiones de: empatía, confiabilidad, capacidad de respuesta, garantía y/o seguridad, tangibilidad y en general, por la calidad de los servicios; la dimensión seguridad es la mejor valorada, mientras que menor porcentaje refiere no sentirse satisfecho con la dimensión tangibilidad.

Encontramos otra experiencia en Lima, Rivera (2014) realizó un estudio para determinar las expectativas y percepciones de la calidad de atención en la consulta externa de medicina del Hospital de la Policía Nacional del Perú. La metodología usada fue de tipo cuantitativa, descriptiva, observacional, prospectiva y de corte transversal; utilizó el cuestionario SERVQUAL. Los resultados señalaron que existe un alto nivel de expectativas sobre la atención de salud, representado por el 93,6%; las dimensiones más valoradas fueron empatía, seguridad y tangibilidad; el 93,2% tienen altas expectativas respecto al trato brindado, sobre el tratamiento y el estado de salud; el 85,3% se siente seguro, respecto a la evaluación del médico, y el 92,3% está conforme en relación a la tangibilidad, haciendo referencia a la señalización para ubicar el consultorio. El investigador concluyó que los usuarios tuvieron un alto nivel de expectativas respecto a su atención del consultorio de medicina, y un menor porcentaje resultó con un nivel de atención medio.

Otro estudio en Lima, Cabello y Chirinos (2012), realizaron un estudio con el objetivo de validar y evaluar la aplicabilidad de encuestas para medir la satisfacción de los usuarios en consulta externa (CE) y emergencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). La metodología usada fue cuantitativa, observacional, descriptiva y transversal. Los resultados obtenidos reflejaron un 46,8% de satisfacción global de los usuarios externos en consulta externa, y 52,9% en emergencia. Las variables con mayor insatisfacción en CE fueron: difícil acceso a citas, demora para la atención en farmacia, caja, módulo SIS y el trato inadecuado de parte del personal administrativo y técnico. En los servicios de emergencia: deficiente atención en la resolución del problema de salud, escasa y deficiente disponibilidad de medicinas, y agravada por la demora para la atención en farmacia, caja y admisión. Los autores concluyen que las encuestas aplicadas son instrumentos válidos por sus propiedades psicométricas que permitieron identificar las principales

causas de insatisfacción de los servicios, y que sirvió para implementar proyectos de mejora de la calidad de los servicios.

1.2. Situación Problemática

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la iniciativa: "La Salud Pública en las Américas", definió a la salud pública como la acción social colectiva (Weber, 2010) en la que participan diversos sectores de la sociedad como por ejemplo: el Estado y la sociedad civil. Ello, involucra aspectos que van más allá de las intervenciones de la población o comunidad dentro del lineamiento de la responsabilidad en el acceso la calidad de la atención de salud. En este sentido salud pública está referida a la intervención de diversos actores cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas que son víctimas de alguna enfermedad.

Del mismo modo, el Banco Mundial (1993) señala que un mejor nivel de salud, aporta y contribuye al crecimiento y el desarrollo económico de un país, y considera cuatro aspectos muy concretos: reducción de pérdidas de los procesos de producción causadas por enfermedades de los empleados; permite el acceso a los recursos naturales que serían inaccesibles por las enfermedades endémicas de las zonas donde se encuentran dichos recursos (un ejemplo clásico: la malaria); aumenta la matrícula escolar y la capacidad de los niños para aprovechar la educación; y, finalmente, libera recursos que, de otro modo, deberían destinarse a la curación de enfermedades. Asimismo, tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) el año 1998, destacan que las condiciones de salud no adecuadas aumentan los días de ausencia laboral, disminuyen la producción y la productividad, y restan motivación e iniciativas en el lugar de trabajo. Por tanto, las empresas con personal más saludable tendrán menor ausentismo y mayor producción y productividad, lo que redundará en el desarrollo social y económico del país y la sociedad. Es por ello importante que se creen las condiciones favorables para la salud de toda la población trabajadora; la inversión en salud significa fortalecer el capital humano de la sociedad, el progreso tecnológico y la competitividad (Kliksberg, 2002).

En el mismo sentido la situación de salud en el mundo se ve reflejada en los indicadores de morbilidad, causas de enfermedad y mortalidad.

El 70% de las muertes en el mundo es por enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer y las cardiopatías, el 85% de estas muertes prematuras se producen en países de ingresos bajos y medianos. El aumento de estas enfermedades se debe a cinco factores de riesgo principales: el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, las dietas poco saludables y la contaminación del aire; a su vez ellos inciden en el surgimiento de los problemas de salud mental, que en la mayoría de todas las enfermedades mentales comienzan a la edad de 14 años, los cuales no son detectados ni tratados. Así el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años. La resistencia a los antituberculosos en el 2017, ocasionó que alrededor de 600.000 casos de tuberculosis eran resistentes a la rifampicina, siendo que el 82% de estas personas tenían tuberculosis multirresistente. Anualmente casi un millón de personas mueren a causa del VIH/sida (OMS, 2019).

El aumento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas: la diabetes e hipertensión arterial como principales factores de riesgo de la enfermedad renal crónica ERC, se constituye hoy en un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud (Flores, 2010).

1.2.1. La salud pública en un contexto neo-liberal

En el Perú desde el año 1990, a partir del ajuste económico y la terapia de shock, bajo los dictados del Consenso de Washington como expresión del neoliberalismo (Ugarteche, 2004), trajo como consecuencia la precarización exponencial de las políticas públicas de salud, la desregulación de las leyes laborales, la privatización de las empresas públicas y de servicios, dando lugar a que el Estado prácticamente limite la inversión en los servicios de salud, educación. El Estado peruano se subordinó a las exigencias de la libertad económica del libre mercado, iniciando un proceso de reformas para controlar el déficit fiscal y evitar la inflación.

Desde la década de 1990-2000, el Estado peruano transitó por radicales reformas estructurales, habiendo pasado de un Estado interventor, a un Estado mafioso durante la autocracia fujimorista (Pease, 2003).

Los principales componentes del paquete de políticas para la estabilización macroeconómica adoptado en 1990, incluyeron las siguientes políticas económicas:

estrictas políticas monetarias para eliminar la emisión inorgánica de dinero; políticas fiscales ortodoxas para reducir el déficit del sector público, lo que incluyó la simplificación y el mejoramiento de la recaudación tributaria, la eliminación de la mayor parte de los subsidios y los controles de precios, y la reinserción del país a los mercados financieros internacionales; y políticas cambiarias basadas en las fuerzas del mercado, con la autoridad discrecional del Banco Central de Reserva para estabilizar las fluctuaciones del mercado cambiario. A las políticas económicas se acompañaron reformas estructurales para liberalizar y desregular la actividad económica, para redefinir el papel del sector público, y para privatizar las empresas productivas de propiedad del Estado; incremento del gasto social del sector público financiero por una mayor recaudación tributaria y por los ingresos de las privatizaciones; y una agresiva campaña antiterrorista (Riordan, Vásquez, Van, Mann y Figueroa, 2002).

Si bien es cierto, que tanto la economía, la balanza de pagos, la inflación se estabilizó y la subversión fue derrotada, sin embargo, en el campo de la salud pública, y la seguridad social prácticamente se ha retrocedido, debido a la tendencia de las políticas públicas del Estado basados en la privatización de los servicios públicos, lo que trajo consigo que los servicios de salud privados empezaron a tener mayor aceptación por la modernidad y calidad que ofrece ante los servicios públicos precarios y obsoletos.

En el mismo sentido OXFAM (2014) señala que el crecimiento económico experimentado por el Perú en años se ve reflejado también en el campo social, con una mejora significativa de indicadores claves, como la pobreza monetaria, cuya incidencia se redujo dramáticamente del 49% al 24% entre el 2006 y el 2013 (...), así también afirma que datos oficiales también indican que la desigualdad en el Perú medida por la distribución del ingreso (Índice de Gini)² ha retrocedido en los últimos años y el Perú ha sido declarado como un país con renta media.

El desarrollo económico y social además de reflejarse en el incremento de los ingresos de las personas tiene que ver con el acceso a derechos principales como salud, educación, seguridad, seguridad ciudadana, trabajo digno, que son componentes del bienestar humano.

² El índice de Gini mide la desigualdad en la distribución del ingreso entre la población, siendo que mientras mayor sea el valor del indicador más desigual es la distribución del ingreso, con 0 siendo una situación de absoluta igualdad (todos tienen el mismo ingreso) y 1 es una situación de absoluta desigualdad (un sólo individuo acapara todo el ingreso).

De acuerdo a los datos del INEI en el año 2015 se estima que el 6,0% de la población de 15 y más años de edad, no sabe leer ni escribir, comparado con el nivel observado en el año 2005 disminuyó en 3,6 puntos porcentuales. El analfabetismo es más elevado en el área rural que afecta al 14,8% de la población de 15 y más años de edad, siendo cuatro veces más que en el área urbana (3,6%). Al respecto del consumo de agua solo el 28,2% de los hogares consumen agua con dosificación adecuada de cloro residual y 16 departamentos tienen 20% o menos de hogares que consumen agua con dosificación adecuada de cloro residual (MINSA, 2016); desarrollo económico sin oportunidad de acceso a derechos, con ausencia de políticas dirigidas a eliminar las desigualdades, lo cual podría paradójicamente terminar reforzando las vulnerabilidades y brechas de la desigualdad.

La educación y salud se encuentran muy interrelacionadas, las desigualdades en educación contribuye a generar desigualdades en salud, lo que afectan las posibilidades de trabajo y las condiciones socio-económicas básicas, configurándose el círculo de la pobreza.

La pobreza reflejada en las deterioradas condiciones de vida, el hacinamiento, la debilidad del núcleo familiar atenta contra el rendimiento en la escuela, por ende el fracaso educativo condena a varios sectores a quedar fuera del mercado formal de trabajo, lo que a su vez reproduce la pobreza (Klitsberg, 2002).

Algunos indicadores nos permiten visualizar los efectos de este contexto neoliberal. La Encuesta nacional de hogares (ENAHOG), realizado por el INEI, muestra los resultados de la tasa de pobreza monetaria que se elevó en 1%, pasando de 20.7% (2016) a 21.7% (2017), lo cual significa que 375,000 peruanos descendieron de su condición de “clase media” a ocupar el lugar de los nuevos pobres. Respecto al costo promedio mensual de la canasta básica fue de 338 soles por persona y de 1,352 soles si se consideran 4 miembros en un hogar, es decir, las personas cuyo gasto promedio es menor a 338 soles son considerados pobres; los extremos pobres se consideran a aquellos cuyos ingresos no cubren la canasta básica alimentaria de 183 soles por persona y de 732 soles si se consideran 4 miembros en un hogar.

Este incremento de pobreza en el 2017 trajo consigo el incremento de la anemia en el Perú, según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), el 43.6% de niños menores de 3 años en todo el país padecieron anemia durante el 2017. Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS), estaríamos ante un problema de salud pública cuando este indicador es mayor al 40% en el promedio nacional.

En cuanto al sistema de salud, las principales reformas se basan en la focalización del gasto hacia los considerados más pobres, y la prestación de servicios complejos y caros al sistema público: IPSS, ahora ESSALUD y los servicios cortos, simples y de bajo costo al sistema privado: EPS, Empresas Prestadoras de Salud (Béjar, 2001).

De esta forma, el Estado se liberó de un porcentaje importante del gasto y responsabilidad en salud, lo cual sería encargado a las nuevas empresas privadas de salud - EPS (Pereyra, 1990).

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud.

Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agrava aún más la exclusión social y la inequidad (OMS, 2012).

El desarrollo humano se basa en que las personas no solo tengan recursos económicos sino también tengan el derecho de acceder a servicios que permitan el pleno desarrollo de sus capacidades.

En el Perú la desigualdad y la exclusión de los servicios de salud y educación, no favorece al desarrollo humano para una mejor calidad de vida; muchas veces se debe a la negligencia o indolencia de las autoridades de los gobiernos nacional, regional y local; el modelo económico sólo favorece a los más capacitados, a los incluidos, porque ellos sí tienen las mejores oportunidades para recibir educación y salud de calidad.

Al respecto existen diferentes enfoques sobre desarrollo, así encontramos el enfoque del premio Nobel de Economía Amartya Sen quien afirma que el “desarrollo es libertad”, basado en las condiciones y oportunidades que debe gozar el individuo para alcanzar su desarrollo. Así señala que una adecuada salud es una condición indispensable para la formación eficiente de las capacidades humanas, y por tanto, es un componente de la justicia social.

El enfoque de las capacidades de Sen, sostiene que el individuo es capaz de hacer y ser; evalúa y valora el bienestar desde el punto de vista de la habilidad de una persona para hacer actos o alcanzar estados valiosos; más allá de los bienes que

pueda poseer el individuo es indispensable que cuente con la libertad para alcanzar lo que valora. Las capacidades son las diversas combinaciones de funcionamientos que se pueden conseguir, como es la habilidad para estar bien nutrido, tener buena salud y la posibilidad de escapar de la mortalidad evitable y prematura. La capacidad implica la libertad con que cuenta una persona para llevar un tipo de vida u otra. A través de las capacidades se puede analizar varios aspectos del bienestar a nivel individual, grupal y de la sociedad, como la desigualdad, la pobreza, la ausencia de desarrollo, la calidad de vida; en suma permite evaluar los alcances y límites de una sociedad verdaderamente libre (Urquijo, 2014).

En síntesis las habilidades dependen de la libertad individual de cada ser humano; y las capacidades se refieren a la interacción del individuo en el contexto social, económico y político.

De otro lado, la filósofa Nussbaum, promovió el enfoque de las capacidades y plantea una teoría de la justicia; afirma que el verdadero progreso de un país se debe reflejar en el bienestar de los individuos, así sostiene que habrá justicia social, si todos y cada uno de los sujetos gozan de unos mínimos de calidad de vida, que no se limitan a sobrevivir, sino que disfrutan de lo que se denomina una vida decente, para ello propone una lista de diez capacidades centrales que constituyen el umbral para identificar una sociedad decente. Entre ellas hace referencia a la capacidad de salud física que requiere que la persona disponga de una alimentación adecuada, así como disponer de un lugar adecuado para vivir. La capacidad emocional referida a sentir apego, al desarrollo del vínculo afectivo con otros y nosotros mismos³ (Guichot, 2015).

³ La versión más actual de la lista de las “Capacidades centrales humanas” es la siguiente: “1) Vida. Poder vivir hasta el término de una vida humana de duración normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla. 2) Salud física. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; disponer una alimentación adecuada, disponer de un lugar adecuado para vivir. 3) Integridad física. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro; estar protegidos de los ataques violentos, incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas. 4) Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo ‘verdaderamente humano’, un modo formado y cultivado por una educación adecuada que incluya, aunque ni mucho menos esté limitada, a la alfabetización y la formación matemática y científica básica; poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y actos religiosos, literarios, musicales o de índole parecida, según la propia elección; poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa; poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso. 5) Emociones. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismos; poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, y sentir duelo por su ausencia; en general, poder amar, apenarse,

De este modo las capacidades incluyen también las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre las facultades personales y el entorno político, social y económico. Según Nussbaum, el enfoque de las capacidades parte de una concepción de la dignidad del ser humano y de una vida acorde con esa dignidad. Las capacidades se entienden como requisitos mínimos una existencia digna y es parte de la teoría de la justicia social, de este modo una sociedad que no las garantice en un nivel mínimo adecuado a su ciudadanía, no llegaría a ser una sociedad plenamente justa, sea cual sea su grado de bienestar (Guichot, 2015).

En el mismo sentido, Sen señala que la justicia social actualmente no se puede alcanzar por la falta de reconocimiento de las capacidades existentes en la sociedad; los sistemas políticos o económicos tienen una concepción utilitarista de la justicia evalúan la realidad social con indicadores cuantitativos, dejando de lado la dimensión cualitativa de las capacidades concretas de las personas (Hoevel, 2011).

En suma la buena salud de las personas es resultado de un proceso responsable de la Política del Estado, en la que deben confluir las políticas públicas de los distintos servicios como: salud, nutrición, educación e infraestructura sanitaria entre otros.

El estado de salud es uno de los más importantes indicadores del desarrollo humano y que la equidad en salud se expresa en las oportunidades de gozar de una buena salud y además del acceso a los servicios de salud, tiene que ver con de la

sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad. Defender esta capacidad significa defender, a su vez, ciertas formas de asociación humana que pueden demostrarse cruciales en el desarrollo de aquella. 6) Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida; esta capacidad entraña la protección de la libertad de conciencia y de observancia religiosa. 7) Afiliación. a) Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social, ser capaces de imaginar la situación de otro u otra; proteger esta capacidad implica salvaguardar las instituciones que constituyen y nutren tales formas de afiliación, así como proteger la libertad de reunión y de expresión política; b) disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos; que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás; esto supone introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional. 8) Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural. 9) Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas. 10) Control sobre el propio entorno. a) Político. Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación; b) Material. Poder poseer propiedades, tanto muebles como inmuebles, y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a registros y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otras trabajadoras y trabajadores” (Nussbaum 2011 53-55)

satisfacción de las necesidades básicas, para el desarrollo a escala humana (Max-Neef, 2000).

De otro lado el enfoque de justicia social de Rawls, basado en la igualdad de bienes primarios como derechos, libertades, oportunidades, ingresos, riqueza, y el autorespeto. Sen, Nussbaum y Rawls desarrollan sus enfoques basados en los clásicos Platón, Aristóteles, Adam Smith y Carlos Marx.

Según Simon Kusnets (1955) en su artículo sobre crecimiento económico y desigualdad de ingresos, afirma que en las primeras etapas del crecimiento, la desigualdad se acentúa, para después corregirse en el mediano y largo plazo. Es por ello, que se requiere un conjunto de políticas públicas que permitan que la sociedad peruana logre crecimiento con desarrollo humano e inclusión social para un verdadero desarrollo a escala humana. En consecuencia, el Estado debería generar verdaderas reformas para proteger a los más pobres y de esta manera disminuir las desigualdades que traen consigo estos procesos (Seclén, 2008).

Por otra parte, en casi veintinueve años de hegemonía del modelo de economía neoliberal, la sociedad peruana vive en medio de la modernidad líquida. Según Bauman sociólogo polaco-británico, con la llegada de la modernidad, la globalización, el avance de la ciencia y tecnología, el intercambio cultural, el hombre ha dejado de tener sentido de pertenencia social para dar prioridad a su individualidad, ha pasado de una sociedad sólida a una sociedad líquida; es decir el hombre está inmerso en una sociedad consumista, buscar satisfacer necesidades inmediatas, tiene todo pero nunca está satisfecho, es objeto de consumo (Hernández, 2015).

Así de acuerdo con este enfoque el ser humano pasa a ser un hiperconsumidor, busca nuevas experiencias emocionales que represente mayor calidad de vida y salud; así busca ofertas en precios para comprar barato, busca calidad-precio; los estilos vida, los gustos y placeres son dependientes del sistema comercial (Posadas, 2013).

Sin embargo, la vida cotidiana de los trabajadores formales e informales, hay el afloramiento casi exponencial de enfermedades muy graves, por ejemplo: la enfermedad crónica renal (ECR), la obesidad, la diabetes, la anemia, tuberculosis y la desnutrición crónica infantil, que son el resultado de los modos de vida equivocados (Bazán, 2009).

De este modo en este contexto neoliberal, el incremento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica en la población peruana tiene su sustento en las transiciones demográfica y epidemiológica y a determinantes sociales como la pobreza, desempleo, etnia/raza y cobertura por un seguro de salud los cuales modifican el acceso a los servicios de salud y a terapias de reemplazo renal (TRR) como la hemodiálisis. También son importantes determinantes ambientales como la contaminación ambiental por metales pesados y metaloides en zonas mineras e industriales, principalmente por cadmio. En el Perú, especialmente en las zonas mineras y metalúrgicas, como Cerro de Pasco, Huancavelica, Cajamarca, Junín (La Oroya), Cusco (Espinar), Moquegua (Ilo), y otros espacios geográficos donde se realiza la minería existe un alto grado de contaminación por metales, y en el caso de Lima Metropolitana y el Callao, un alto grado de contaminación del medio ambiente, por los altos índices de gases tóxicos, producto del inmenso parque automotor caótico.

1.2.2. Perfil demográfico y epidemiológico en la población peruana

En estas últimas décadas 1990-2019, se han producido acelerados cambios en el perfil epidemiológico de la población peruana, debido a la urbanización y la alta transición demográfica.

La reducción del crecimiento poblacional, relacionado a los indicadores de mortalidad y fecundidad ha afectado el volumen y la estructura de edad de la población peruana, lo cual se ve reflejado en el aumento acelerado de la población en edad de trabajar y un aumento progresivo de la población mayor de 64 años; para el 2050 se estimaría que la población menor de 15 años será el similar a la población mayor de 64 años. Este incremento progresivo de personas de edad avanzada se enfrentan a una carga acumulada de factores de riesgo cardiometabólicos (hiperglicemia, HTA, obesidad y dislipidemia) y como consecuencia mayor riesgo de ERC (MINSa, 2016).

Los cambios en el perfil epidemiológico de las enfermedades en el Perú, ha dado lugar, a la aparición de nuevas enfermedades, como la TBC, VIH/SIDA, ERC, que demanda servicios de salud especializados (Banco Mundial, 2011).

El alto consumo de alimentos ultra procesados y la disminución del consumo de alimentos naturales, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sedentarismo, largas jornadas de trabajo y la falta de periodos de descanso o esparcimiento,

predisponen el surgimiento de enfermedades crónicas. La transición epidemiológica que se ha producido en el Perú, se puede observar en la clasificación propuesta por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2010) que se detalla a continuación:

- i) pretransición (cuando existe un predominio de mortalidad por enfermedades transmisibles).
- ii) postransición (cuando predomina la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles) y,
- iii) transición (cuando no se presenta el dominio de un grupo de enfermedades en particular).

Los resultados presentados en el estudio MINSAL dan cuenta que el Perú se encuentra en una etapa de postransición, ya que las enfermedades transmisibles representan en 2009 el 26,0% del total de las causas de muerte, mientras que las enfermedades no transmisibles alcanzaron el 51,0%. Cabe mencionar que en 1990, las únicas regiones que ya se encontraban en postransición fueron Arequipa, Callao, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima y Tacna.

El paso de un período de transición a uno de postransición implica un cambio en las principales causas de muerte. Entre los años 1990 y 2009, las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, que ocupaban las primeras ubicaciones entre las causas de muerte, fueron desplazadas por enfermedades no transmisibles (principalmente por enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades mentales) y por lesiones accidentales e intencionales. Las enfermedades transmisibles pasaron de ser causantes de 47,0% del total de las muertes, en 1990, a más del 60,0%, en 2009. De este modo, el país enfrenta como reto muy importante el incremento de las enfermedades no transmisibles y las causas externas, las que requieren de tratamientos más prolongados, y además más costosos que aquellos exigidos por las enfermedades transmisibles (EsSalud, OIT, 2013).

En el año 2013 las infecciones respiratorias agudas bajas produjeron 67,6 muertes por cada 100 mil habitantes, le siguen las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 31,8; en tercer lugar estuvieron las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de la septicemia, cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado y la diabetes. Las muertes por diabetes mellitus tienen una tendencia sostenida al alza, lo cual estaría explicado por los cambios de estilo de vida consecuencia del crecimiento económico (MINSAL, 2016).

1.2.3. La enfermedad renal crónica (ERC)

Este contexto de la salud pública a nivel mundial afecta en mayor proporción a los países de menores recursos como América Latina.

Según un estudio de la Global Burden of Diseases (GBD, 2013) la “enfermedad renal crónica como causa de muerte en la población subió del puesto 36 al puesto 19 en dos décadas”. En un artículo publicado en la Fundación Renal (FRIAT, 2013), revela que cerca de un 10% de la población española padece ERC y más de 50.000 pacientes están en tratamiento renal sustitutivo, y generalmente son atendidos en los centros de hemodiálisis privados.

Por otra parte, es preciso señalar que la ERC, es una enfermedad que afecta de manera anatómica y fisiológica a los riñones y se expresa a través de la evidencia de daño renal en la que puede visualizarse o no la merma de la misma función renal con o sin disminución de su función presente por más de tres meses y manifestada por cambios en la composición de la sangre u orina como proteinuria o hematuria y alteraciones en las pruebas de imagen como cicatrices o quistes, y finalmente, por la función renal disminuida, con TFG < 60 ml/min/ 1.73 m² presente por ≥ 3 meses, con o sin evidencia de daño renal (Seguro Social de Salud, 2010).

Ahora bien, la National Kidney Foundation, en sus guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative), clasifica la enfermedad renal crónica según la tasa de filtrado glomerular, en varios estadios, entre los cuales el estadio V es aquel que corresponde a pacientes que poseen un filtrado glomerular inferior a 15 ml/min, y, por tanto, es preciso instaurar tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante renal) (Nacional Kidney Foundation). Debemos llamar la atención que la insuficiencia renal reduce la expectativa de vida de una persona en 20% (Loza, 2014).

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2015) reporta las tasas de prevalencia de las Terapias de Reemplazo Renal TRR en el mundo existen cifras, como por ejemplo:

tasas de 2902 pmp en Taiwán, 2365 pmp en Japón, y 1435 pmp en EEUU como las más altas tasas en el Mundo, y en los países de Latinoamérica, Chile

reporta una de las más altas tasas con 1060 pacientes pmp, luego siguen con 883 pmp en Jalisco (México), 757 pmp en Uruguay, 668 pmp en Argentina, 505 pmp en Brasil y Colombia con 479 pmp (p. 55).

Las cifras mostradas representan la magnitud del problema de la ERC en el mundo, se constituye así en un problema de salud pública global. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015, párr.5), considerando los datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) señala:

“613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar para cuyo objetivo recurren a la hemodiálisis HD (realizada por una máquina), diálisis peritoneal DP (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200”

El acceso a las terapias de reemplazo renal es inequitativo en América Latina, y ello se refleja en población de menores recursos en situación de pobreza que no accede a servicios de salud, dado que en muchos contextos el Estado no provee este tratamiento de alto costo.

En el Perú el acceso a TRR financiado en un 100% por el MINSA recién se inició el año 2007. En cuanto a la prevalencia de Terapia de Reemplazo Renal por millón de población (pmp) en el Perú fue de 415 pmp; mostrando una marcada diferencia entre la población asegurada en el Seguro Social de Salud del Perú-EsSalud, y la población no asegurada que acude a los establecimientos del MINSA y es cubierta por el Sistema Integral de Salud (SIS), y otro grueso contingente de pacientes renales son atendidos en los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas, y el Servicio de Sanidad de la Policía Nacional del Perú (SSPNP). EsSalud presenta una tasa de atención de 942 pmp, que supera largamente a las tasas reportadas del MINSA 101 pmp. Cabe precisar que actualmente, la terapia de reemplazo renal más prevalente es la HD con una tasa de 363 pacientes pmp, luego sigue la DP con 51 pacientes pmp, y finalmente el Trasplante Renal con una tasa de cuatro pacientes pmp. Asimismo, es bueno apreciar que “el 88% de toda la población en diálisis se encuentra en un programa de hemodiálisis, y solo un 12 % en diálisis peritoneal” (MINSA, 2015, p. 55).

De acuerdo a cifras del MINSA existe una gran demanda de servicios de TRR para pacientes en Enfermedad Renal Crónica estadio V. Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología, 1992-2002 muestran un incremento lineal de la demanda de servicios de diálisis desde el año 1992. Según datos de la encuesta NHANES, realizada en EEUU en el año 2003, la ERC, afectó al 10 por ciento de la población, “una de cada 10 personas estaría afectada por algún grado de ERC” (MINSA, 2015).

Según la Sociedad Peruana de Nefrología indica que cerca de 3 millones de personas, padece alguna enfermedad renal crónica, la mayoría de casos son diagnosticados en etapas avanzadas debido a que los síntomas aparecen cuando se ha perdido más del 70% de la función renal, se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad (estadio V) y deben recibir terapia de hemodiálisis; los establecimientos de salud no cuentan con la infraestructura, el equipamiento para hemodiálisis ni profesionales calificados. Es por ello, que el sistema de salud en el Perú, tiene que recurrir a los proveedores de servicios privados (Loza, 2017).

En cuanto a la oferta de servicios para hemodiálisis de emergencia se tiene 184 puestos por día en todo el Perú, la mayor parte están más focalizadas en Lima y en la Región Norte, mientras que las regiones centro, oriental y sur muestran una escasa oferta de servicios de diálisis de emergencia, de ellos solo el 30% es cubierto por el sector público y el resto es ofertado por el sector privado.

La demanda sin acceso a un servicio de diálisis de emergencia es de 117 pacientes en el período (MINSA, EsSalud), superando largamente la oferta de dichos servicios, creando brechas en el acceso, sobre todo en las regiones donde los hospitales públicos no lo ofertan.

La brecha entre la oferta (estimado) y la demanda de servicios de hemodiálisis en EsSalud, refleja que la demanda ejecutada ha superado largamente la capacidad operativa en los principales centros hospitalarios referenciales de Lima y Callao, así como de las regiones más importantes del País. El 34% de servicios de hemodiálisis está concentrada en Lima y Callao, un 28,6% en la región Norte y un 9,5% en la región oriental.

La Diálisis Peritoneal representa una opción de terapia de reemplazo renal que brinda una mejor calidad de vida a las personas que padecen de ERC, sin embargo estos no llegan a todas las regiones del país. En la ciudad de Lima el 28,1% recibe servicios

de diálisis peritoneal, el 21,9% lo recibe en la región norte y en las regiones del centro, oriente y sur es muy pobre la cobertura. El 90 % de la oferta de DP es pública. La Universidad Peruana Cayetano Heredia brinda un programa privado de DP, atendiendo a 91 pacientes entre niños y adultos.

La infraestructura física y equipamiento para hemodiálisis es mínimo, existen carencias en muchas regiones del Perú, lo que incide en que los pocos servicios existentes colapsen, no cuentan con el presupuesto suficiente y la decisión política de las autoridades del sector salud, para atender esta problemática. Mientras tanto, en EsSalud hay un sobredimensionamiento de pacientes. Si bien es cierto, que la oferta de servicios está presente en algunas regiones, sin embargo, está casi ausente en las regiones más deprimidas del país, especialmente en el área rural y las poblaciones marginales del área urbana.

El trasplante renal es la mejor terapia para la mayoría de los pacientes con ERC estadio V, constituye la modalidad más costo efectiva y brinda los mejores beneficios en sobrevivencia y calidad de vida en comparación a las otras modalidades. Los datos de trasplantes renales en el Perú son limitados, desde 1995 EsSalud ha sido la institución que ha realizado trasplantes renales. La tasa de trasplante renal de donantes cadavéricos representa el 64,2% hasta 88,5% del total de trasplantes; mientras que, la tasa de trasplante renal de donantes vivos desde 11,5% hasta 96%. En niños la tasa de trasplante renal de donantes vivos es de hasta un 100%. La información sobre el número de pacientes en lista de espera es escasa, pero en el único reporte la tasa de lista de espera es muy baja (MINSa, 2015).

En el Perú, al estudiar la etiología de la ERC, de acuerdo al MINSa, se evidencia un cambio en el perfil desde el año 1992, así publicaciones resaltan la diabetes mellitus, hipertensión arterial, glomerulonefritis crónica y la uropatía obstructiva como las más importantes. Por otra parte, en la población de niños, las principales etiologías de la ERC son las glomerulopatías primarias, nefropatías intersticiales crónicas y la etiología congénita. La ERC es una complicación de la diabetes, que aumenta en el mundo concentrándose en las poblaciones menos favorecidas por la sociedad.

Los factores del incremento de la ERC se deben, entre otras causas a la “exposición intrauterina, la malnutrición, diabetes gestacional, enfermedades infecciosas y

toxinas ambientales (incluyendo el tabaco)” que predisponen para la aparición temprana de la diabetes y sus complicaciones renales. El paciente que afronta esta enfermedad se ve afectada a nivel laboral, sus ingresos se ven reducidos y muchas veces, si no es tratada la enfermedad de manera oportuna y adecuada se condena a la discapacidad, lo que le impide tener una mejor calidad de vida.

La pérdida gradual de la función de los riñones es progresiva y puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, y anemia. El tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia sin embargo produce efectos físicos adversos como desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desecho (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

A menudo originan deficiencias de carácter previsiblemente permanente que conllevan una restricción o una ausencia de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, dentro del margen que se considera normal (Punet, 2017).

Según el MINSA (2015) en países como en Perú, para reducir la carga de la diabetes y la enfermedad renal se requiere desarrollar programas preventivos para evitar la diabetes; a través de la detección e intervención oportuna en aquellas personas que ya tienen la enfermedad. Si se previene e interviene precoz y oportunamente, a las personas que ya tienen la enfermedad, se puede evitar que sean sometidas a la hemodiálisis, por ser esta, traumática, dolorosa, y que además requiere de mucha inversión económica, para contar con la infraestructura adecuada, tecnología de punta, y un pool de profesionales debidamente calificados.

La demanda insatisfecha por servicios de salud ha conllevado a generar mayor gasto en las personas (PCM, 2014). El gasto total en salud en el Perú ha tenido tendencia creciente desde el año 2006 hasta el presente, pero con altibajos, ello incluye el gasto público y el gasto privado en salud.

En cuanto al presupuesto público en salud (excluyendo a EsSalud) ha pasado de 5.5% el año 2002 a 8.5% el año 2011 y 9.9% el año 2016. En este último periodo 2011-2016, este incremento del presupuesto público, en términos de porcentaje del PBI significa que ha pasado del 1.7% a 2.1% del PBI. Este incremento reduce la brecha, pero sigue siendo insuficiente, comparado a los niveles de gasto de países vecinos y está muy lejano de lo alcanzado por países miembros de la Organización

para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). La implicancia de ello, es que aún no se puede cerrar el déficit de oferta de servicios (MINSA, 2016).

El gasto en salud per cápita aumentó de US\$ 359 en 2014 a US\$ 626 en el 2016. En cuanto al gasto público per cápita en 2016, incluido EsSalud, fue de US\$ 199, que equivale al 3% del PBI, y solo los gastos del MINSA y de los gobiernos regionales fueron de US\$ 132 dólares, que solo fue el 2% del PBI (ESAN, 2017).

A pesar de los problemas del sector salud, el presupuesto institucional modificado (PIM) del ministerio de Salud (MINSA) para el año 2018 se redujo en 4,6% en relación al monto del año 2017. El gasto público es, por el momento, S/16.856 millones, equivalente al 2,40% del PBI, cuando lo recomendable según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es estar por encima del 6% (Macera, 2018).

Es en este contexto, que el Seguro Social del Perú (EsSalud), en las décadas 1990-2017, optó por tercerizar los servicios de hemodiálisis en Lima y Callao, con la finalidad de poder ofrecer una atención de mejor calidad a los miles de pacientes que sufren de ERC, que actualmente constituye un problema de salud del Estado por su carga de enfermedad, su tendencia cada vez más ascendente y los altos costos de su tratamiento (MINSA, 2015, p. 11), y que muchas veces no pueden ser atendidos en los servicios públicos de salud del Estado.

1.2.4. Estilos de vida que predisponen a la adquisición de la enfermedad renal

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana y gozar de una mejor calidad de vida. Las circunstancias como la desigualdad, la pobreza, la “inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa” educación y calificación laboral de los padres, “constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre los países” (Morris, 2010, p.13) y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes (Wong de Liu, 2012).

El estilo de vida (EV) es definido por la Organización Mundial de la Salud - OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de

vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. El EV incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas (Moreno, 2004).

En el Perú tenemos una población altamente urbanizada, sedentaria, propensa al tabaquismo y a hábitos alimentarios poco saludables. Todos estos factores determinan los perfiles de la salud renal como el sobrepeso y obesidad están ligados a trastornos del metabolismo de los carbohidratos, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares (MINSA, 2016).

Entre otros estilos de vida que conlleva al deterioro del aspecto físico, psicológico y social, se encuentran la exposición al estrés, que conlleva a un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad, así también se encuentra el consumo excesivo de cigarrillos y alcohol (Colque, 2018).

En el caso de las personas obesas presentan mayor riesgo de enfermarse o morir por cualquier enfermedad, lesión o accidente, y este riesgo aumenta proporcionalmente a medida que aumenta su obesidad. Los estudios realizados señalan que la obesidad abdominal se vincula con el desarrollo de enfermedad coronaria y con tres de sus principales factores de riesgo: la hipertensión arterial, la diabetes de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. En el caso de la hipertensión arterial es una enfermedad que no produce síntomas, cuando se producen complicaciones cardíacas, neurológicas o renales en relación con la hipertensión son los síntomas de cada complicación los que predominan.

De otro lado el sedentarismo está asociado a múltiples problemas de salud como: el infarto cardíaco, la Hipertensión arterial HTA, la diabetes, obesidad y diversos tipos de cáncer. Al realizar actividad física en forma sistemática ayuda a reducir el estrés y los síntomas depresivos, también ayuda a controlar el peso y a mejorar la calidad del sueño.

La combinación de factores de un estilo de vida saludable como mantener un peso adecuado, no consumir alcohol, hacer ejercicio físico regularmente, seguir una dieta saludable y no fumar, está asociado a una reducción de hasta un 80 por ciento de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (Zamorano, 2018). Por ello los cambios en el estilo de vida ayudan a controlar el progreso de la enfermedad renal crónica: es necesario controlar la hipertensión y la glicemia, tener una alimentación sana (o con bajo contenido de proteína o sal), bajar de peso, comenzar una rutina de actividad

física tres veces por semana durante 30 minutos, dejar de fumar, evitar ciertos analgésicos.

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles, estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebro vasculares, y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Aquino y Robles, 2007).

1.2.5. Las opciones de tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC)

Actualmente, las personas que padecen de ERC tienen varias opciones de Terapia de Reemplazo Renal (TRR), por ejemplo, el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, bajo sus diferentes modalidades.

Según informe del Boletín del Seguro Social de Salud los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, estadio V cuentan con varias alternativas de tratamiento:

La Diálisis que es el procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre, asimismo existen dos formas de la misma: una es la peritoneal que es cuando el tratamiento se hace a través del abdomen y la otra, se denomina hemodiálisis para lo cual se emplea una máquina especializada denominada máquina de Hemodiálisis conocida también como “Riñón Artificial”. Finalmente, el otro tipo de tratamiento es el trasplante renal que consiste en la realización de una intervención quirúrgica donde se coloca el riñón de un donante en un paciente y que llega a hacer la función de ambos riñones, obviándose de esta manera el proceso de diálisis (ESSALUD, 2006, p. 2).

Las opciones de terapia de reemplazo renal actualmente presentan una alta demanda, requiere de la participación activa del paciente y equipo de salud.

El trasplante renal es la terapia de elección para la mayoría de los pacientes con ERC que se encuentran en estadio V, por constituir la modalidad más conveniente porque proporciona los mejores beneficios en la sobrevida general, y en la calidad de vida

del paciente renal; sin embargo, no hay cultura de donación de órganos, por ello la hemodiálisis y la diálisis peritoneal se plantean como una situación viable.

Barrios & Hidalgo (2016) mencionan que,

El pronóstico de pacientes con enfermedad crónica del riñón vistos como datos epidemiológicos, han demostrado que todos aumentan la mortalidad, a medida que la función del riñón disminuye (índice de mortalidad total). La causa principal de muerte en pacientes con enfermedad crónica del riñón, se produce por enfermedades cardiovasculares sin importar si hay progresión en la ERC.

La mortalidad en pacientes con ERC tiene como causa las enfermedades cardiovasculares, que se constituye en un factor de riesgo en pacientes hipertensos y diabéticos.

Muchos pacientes a lo largo de su enfermedad van a experimentar una progresión muy lenta o incluso no progresarán no obstante su tratamiento médico; “en cambio otros pacientes, con leves disminuciones en el FG, pero que presentan factores de riesgo determinantes para la progresión” (Bencomo, 2015, p. 358), pueden presentar un deterioro de su función renal en un periodo corto de tiempo. (MSSSI, 2015, p.24). Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) “deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, y que involucran altos costos para el paciente y su familia, tanto a nivel físico, psicológico, social, y económico”. (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006, p. 488). La presencia de los factores de riesgo va determinar el progreso de la enfermedad renal crónica, la misma que al llegar al estadio V produce cambios notables en la vida del paciente y familia.

Es preciso señalar, que la hemodiálisis exige nuevos estilos y hábitos de vida que pueden ocasionar a su vez diferentes factores como el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud. Asimismo, es necesario mencionar en relación al “conocimiento acerca de su enfermedad: manejo de la dieta, medicación, solución de posibles complicaciones, es sumamente importante para el mantenimiento de su salud” (Gómez, Moreno, Miralles, Sánchez Lamolda & Pérez, 2014, p.1), y por tanto para su seguridad.

El equipo de salud cumple un rol fundamental en el cuidado y la seguridad del paciente con ERC, porque ejercen funciones durante el tratamiento (sesiones de hemodiálisis), como la educación sanitaria (dieta, medicación, cuidados del acceso

vascular, actuación ante posibles complicaciones), apoyo social y psicológico; requiere además de instalaciones e infraestructuras especiales para poder realizar el tratamiento de una manera efectiva; se conjuga tanto la competencia profesional como otras habilidades tanto emocionales como psicosociales. Todos estos elementos van a ser valorados como útiles por el paciente, porque van a repercutir en el bienestar, en una mejor calidad de vida y en el grado de satisfacción del paciente. Así, la evaluación de la calidad del servicio recobra especial importancia para el ser humano.

Por otro lado, es necesario señalar, que el desarrollo de la medicina ha mejorado la supervivencia de los pacientes con ERC, en aspectos de calidad que buscan una mejora de la percepción de los usuarios, en este caso los pacientes y los aspectos técnicos. En la actualidad, la medida de la satisfacción de los pacientes es uno de los métodos más utilizados para evaluar la calidad de servicio prestado.

El presente estudio se desarrolla en la línea de Investigación de las políticas sociales dentro de ella la política de Salud y en ella se aborda el subsistema: Seguro Social de Salud EsSalud, debido a que concentra la mayor cobertura de pacientes que presentan ERC a nivel nacional, siendo la de mayor complejidad y de alto costo y que solo acceden las personas que cuentan con seguro social. Por ello la finalidad de la presente investigación, es identificar la relación que existe entre calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo en los centros de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao y de esta manera contribuir en una mejor calidad de vida de los pacientes de ERC durante el tratamiento.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema general

¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con la satisfacción del usuario externo en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?

1.3.2. Problemas específicos

P.E.1. ¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con la confianza del usuario externo en los centros de contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?

P.E.2. ¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con la calidad técnica del usuario externo en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?

P.E.3. ¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con el valor percibido del usuario externo en los centros de contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?

1.4. Justificación teórica

El Estado, como proveedor y administrador de los servicios de salud de la población establece en la normatividad vigente, los aspectos que conllevan la satisfacción del paciente (usuario o cliente externo), sin embargo, es necesario evaluar permanentemente si en la práctica el usuario externo luego de recibir los servicios requeridos, tiene esa sensación de satisfacción que se supone estaba garantizada (Merino y Reyes 2014, p.14).

La revisión teórica nos permitirá analizar el sistema de salud desde el enfoque de derechos humanos y justicia social, haciendo énfasis a la distribución equitativa en el acceso, constituyéndose en un aporte para una mejor planificación y evaluación de los servicios de salud.

Los resultados de la investigación proporcionarán nuevos conocimientos que servirán de referente teórico para posteriores investigaciones en la que se considerará las necesidades de los distintos actores involucrados. Ello también se considerará para que los pacientes de ERC posean un trato de calidad con características de equidad, seguridad, oportunidad, calidez y efectividad.

1.5. Justificación práctica

En un contexto, donde el paradigma dominante para la prestación de los servicios de salud, tiende a su mercantilización, ante el abandono de parte del Estado de su responsabilidad de brindar a sus ciudadanos servicios públicos de salud, para una mejor calidad de vida, se justifica la investigación.

El análisis de la calidad de servicio en hemodiálisis permitirá mejorar las características de la atención en función a las necesidades y expectativas de los usuarios, además nos proporcionará información sobre el éxito o fracaso del equipo de profesionales de la salud, y de esta forma permitirá a la institución diseñar estrategias que permitan mejorar, la calidad de la atención en los pacientes renales, para que tengan la oportunidad de gozar de una mejor calidad de vida, no obstante el quebrantamiento de su salud.

1.6.Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General

La calidad de servicio se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario externo en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

1.6.2. Hipótesis Específicas

H.E.1. La calidad de servicio se relaciona significativamente con la confianza en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

H.E.2. La calidad de servicio se relaciona significativamente con la calidad técnica en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

H.E.3. La calidad de servicio se relaciona significativamente con el valor percibido en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

1.7. Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo en los Centros Contratados de Hemodiálisis de EsSalud de Lima y Callao, 2017.

1.7.2. Objetivos específicos

O.E.1. Determinar la relación existente entre calidad de servicio y la confianza en centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

O.E.2. Determinar la relación existente entre la calidad de servicio y la calidad técnica en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

O.E.3. Determinar la relación existente entre la calidad de servicio y el valor percibido en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Marco Filosófico y Epistemológico de la Investigación

El término calidad, posee diversas connotaciones y una de ellas, son las referencias filosóficas de tiempos antiguos, procede del latín "qualitas" y fue usada por primera vez por Cicerón. Esta palabra se divulgó en forma rápida, su significado varió originando confusiones. Ésta con frecuencia se usó como sinónimo de "propiedad". Redhead (2015) menciona que Aristóteles fue el primero en utilizar esta categoría en su filosofía, a través de un sistema de conceptos universales, identificándolo como cualidad, que se hace constante en el pensamiento filosófico.

Posteriormente, Kant lo incorpora en su sistema de conceptos y Hegel también investigó esta categoría en una forma más completa, incluyéndola en el primer grupo de las categorías del ser.

De esta forma se puede apreciar que el término calidad empieza a ser usado en el pensamiento filosófico como atributos de cualidad.

Existen diversas definiciones de calidad, así la filosofía se ha centrado en la definición, la economía lo ha utilizado para la obtención de ganancias y equilibrio de mercado, la comercialización en las determinantes del comportamiento adquisitivo, la satisfacción del cliente y la dirección operativa lo utiliza en prácticas de ingeniería y el control de fabricación. Calidad debe identificarse a través de: una evaluación de mercados basada en el usuario, en los atributos del producto y en el cumplimiento de las expectativas; lo cual constituyen elementos para una buena calidad.

Es importante además reconocer al artífice del generador de la riqueza, más de allá de la producción en el mercado. Sales (1998) citado en Redhead (2015, p. 9) refiere que esta filosofía puede ser aplicada para mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, desarrollando estrategias para mejorar la producción y el consumo, teniendo en cuenta el usuario principal en la calidad del servicio.

Según la Sociedad Americana para el control de la Calidad A.S.Q.C. (2015) define la calidad como un conjunto de características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas del usuario.

Los servicios de salud, considerados dentro de las políticas de salud vigentes, deben de incluir aspectos sobre las preferencias, los valores de los pacientes, así como los cuidados y la atención médica en sí; considerados como elementos importantes sobre lo que en realidad es calidad (Donabedian, 1988).

2.2.Marco sociológico de la investigación

Consideramos de gran importancia comprender, explicar y predecir el comportamiento humano, desde una perspectiva sociológica, con la finalidad de contribuir al bienestar de la humanidad. La sociología como disciplina integrante de las ciencias sociales, tiene como objetivo estudiar a los seres humanos en la sociedad (Plaza, 2014). Es por ello, que nuestra investigación, desde una perspectiva sociológica, nos ayudará a abrir el diafragma de la sociedad peruana, para comprender y explicar las grandes transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales que el Perú tenido en las décadas 1990-2018, de los siglos XX y XXI, y las repercusiones de éstas en la relación individual y colectiva de los trabajadores con la sociedad y el Estado, tanto en el campo de la Seguridad Social y la salud, así como en las políticas sociales, programas y proyectos que han ejecutado los gobiernos en este largo período de hegemonía del neoliberalismo.

En este sentido, consideramos necesario rescatar a la sociología como una disciplina y ciencia social crítica que nos ayudará a quitarnos las cegueras del conocimiento (Morin, 2001), para poder romper con la dinámica que los grupos de poder económico nos han impuesto, haciéndonos creer que en aras del progreso y el bienestar, tenemos que aceptar la gobernabilidad neoliberal y las políticas de ajuste económico, de flexibilidad laboral, de mercantilización de los servicios de salud pública, y la desnacionalización de la economía, que dese el año 1990 se viene aplicando en el Perú; y cuyos daños colaterales han afectado el desarrollo humano de los trabajadores peruanos impidiéndoles gozar de una mejor calidad de vida (Roitman, 2008). He aquí la importancia que tiene pensar sociológicamente el Perú.

Las medidas de ajuste económico y flexibilización laboral, precarizaron el empleo afectando la productividad laboral, dando lugar al crecimiento de la informalidad, y de esta manera obstaculizar la regularidad en los aportes previsionales para la Seguridad Social de los trabajadores (Bedoya, 2005, p. 69). No olvidemos que desde

1991, la Seguridad Social, fue prácticamente privatizada y mercantilizada, mediante la tercerización de los servicios de hemodiálisis, y otros en EsSalud.

En este contexto de tercerización de los Servicios de Salud, desde la sociología reflexiva (Bourdieu y Wacquant, 2005) nos ayudará a conocer la importancia que tiene el desarrollo humano como un proceso conducente a la ampliación de las opciones de que disponen las personas para el desarrollo de sus capacidades y habilidades. Estas opciones son tres y revisten una importancia decisiva en la existencia social del ser humano: tener una vida larga y saludable, poder adquirir conocimientos, y tener acceso a los recursos necesarios e indispensables para poder disfrutar de un nivel de vida digna y decorosa. En el campo político el desarrollo humano significa: gozar de la existencia de seguridad y paz social, la generación de mecanismos de participación ciudadana y la construcción de un régimen democrático; y en el campo social: gozar de un incremento equitativo de los ingresos de los trabajadores y de los hogares en función del crecimiento de la economía, y la satisfacción de las necesidades básicas de sobrevivencia y el desarrollo de la población, dando prioridad al acceso a la salud y educación de calidad; y a un empleo y/o trabajo digno y productivo para coadyuvar al desarrollo sostenible del país (Eguren, Cano y del Águila, 1997).

No olvidemos que en el Perú durante el período 1990-2018 se realizaron las llamadas reformas estructurales conforme a los postulados del Consenso de Washington y la globalización neoliberal (Ugarteche, 2004), que dicho sea de paso, han afectado la vida y existencia social de los trabajadores en particular, y la ciudadanía en general. Por otra parte, es bueno precisar que el período comprendido entre 2003 y 2013 fue una década de oro para la economía peruana. Durante esos años el Perú fue una locomotora que casi duplicó el tamaño de su producto bruto interno (PBI) con un crecimiento promedio del orden del 6,4% o 7,1% si obviamos 2009, cuando la economía global se desplomó (Ganoza y Stiglich, 2019). No obstante este crecimiento económico, en términos de desarrollo humano, calidad de vida y el derecho a la Seguridad Social, no ha sucedido lo mismo que en el campo económico, debido a la precarización de los servicios de Seguridad Social.

Ahora bien, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Seguridad Social es un derecho humano definido como “la protección que la sociedad

proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de la enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo invalidez, vejez o muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (OIT, 1984, p. 3). Sin embargo, la Seguridad Social en el Perú, que de por sí debería cubrir las contingencias inherentes a la existencia humana, en el caso nuestro, ha sido abandonado por el Estado, porque el modelo económico neoliberal, tan solo prioriza el crecimiento económico, olvidando el bienestar social y desarrollo humano de los trabajadores (Bedoya, 2004).

Entonces, durante 1990-2018 la Seguridad Social, y por ende, EsSalud, fueron precarizados, como consecuencia del modelo económico neoliberal. Los países en desarrollo desarrollan políticas de liberalización de mercados, primando la competencia individual y la acumulación de capitales, privatizando los servicios públicos y reduciendo los gastos públicos y sociales (Bourdieu, 2001). Así el Estado peruano abdicó a su responsabilidad en la provisión de los recursos económicos suficientes, para la construcción, equipamiento y compra de equipos de última generación, para la atención de los pacientes con enfermedades renales, y para resolver esta carencia recurrió a la tercerización y contratación de estos servicios a las empresas privadas de salud, con la finalidad de brindar un mejor servicio de calidad, para los pacientes asegurados, pero a costos muy elevados.

De cara a lo antes mencionado, desde una postura sociológica crítica, no podemos dejar de señalar, que según la tesis del austriaco Friedrich von Hayek ideólogo y profeta de los neoliberales, el Estado no debe garantizar, en nombre de la “justicia social”, la redistribución de la riqueza, por tanto, proponía desregular, privatizar, limitar la democracia, suprimir las subvenciones para la vivienda, disminuir los seguros de desempleo, reducir los gastos de seguridad social y, por último quebrar el poder sindical (Ramonet, 2008). Esto es lo que viene sucediendo en el Perú, en el campo de la Seguridad Social y EsSalud, situación que debería cambiar radicalmente, para darle un rostro más humano a la sociedad peruana, pero para que ello suceda se requiere hacer una invitación al diálogo plural y a los consensos amplios que el desarrollo humano requiere en el Perú de hoy, en los albores del siglo XXI. Si no hacemos esto mañana será demasiado tarde.

2.3. Bases Teóricas de calidad de atención

2.3.1. Calidad de atención para el paciente renal

En el proceso de tratamiento del paciente en hemodiálisis con enfermedad renal crónica, estadio V, intervienen diversos profesionales de la salud, además de que se necesitan instalaciones e infraestructura adecuada para poder atender de manera adecuada, efectiva y eficiente, ofreciendo un trato cálido y humano, los cuales van a incidir en el bienestar del paciente. No olvidemos, que todo paciente, busca y espera recibir una atención de calidad, a fin de sentirse satisfecho con el servicio recibido.

En las últimas décadas, encontramos diversas definiciones de calidad, las empresas de producción de bienes o servicios hoy en día centran su atención en el consumidor o usuario, buscando satisfacer cada vez sus expectativas más exigentes, dando lugar a que el término de calidad evolucione y adopte diferentes conceptos.

Según la OMS calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (OMS, 1981, párr.9). La calidad de atención en salud se sustenta en ofrecer un servicio óptimo de calidad de acuerdo a las necesidades de los usuarios, superando sus expectativas.

Jurán definió calidad como “la adecuación para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente” (Juran, 1990). Esta definición está ligada a las necesidades del usuario que son múltiples e interdependientes y a la vez interrelacionan e interactúan permanentemente como un sistema, su satisfacción es el principal objetivo para una mejor calidad de vida de los pacientes que padecen de la enfermedad renal.

Según Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn (1986, p.26), las necesidades humanas pueden desagregarse conforme a múltiples criterios y las ciencias humanas ofrecen en este sentido una vasta y variada literatura. Para ello plantean una clasificación de necesidades de acuerdo a categorías existenciales: ser, tener, hacer y estar y de otro lado las categorías axiológicas como: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

La forma como se satisfacen las necesidades varían a lo largo del tiempo y a la cultura de la sociedad; esta relación es la base para una política de desarrollo centrada en el ser humano. Las necesidades como carencia de algo a la vez representa potencialidad en la medida que motiva y moviliza a las personas internamente. Max-Neef et al (1986) propone una matriz de necesidades y satisfactores, tal como se aprecia en la Figura 1:

Necesidades según categorías axiológicas / Necesidades según categorías existenciales	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	1/ Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	2/ Alimentación, abrigo, trabajo	3/ Alimentar, procrear, descansar, trabajar	4/ Entorno vital, entorno social
Protección	5/ Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	6/ Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	7/ Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	8/ Contorno vital, contorno social, morada
Afecto	9/ Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	10/ Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	11/ Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	12/ Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
Entendimiento	13/ Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	14/ Literatura, maestros, familia, animales domésticos, plantas, jardines	15/ Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	16/ Ámbitos de interacción formativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
Participación	17/ Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	18/ Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	19/ Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	20/ Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
Ocio	21/ Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	22/ Juegos, espectáculos, fiestas, calma	23/ Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	24/ Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
Creación	25/ Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	26/ Habilidades, destrezas, método, trabajo	27/ Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	28/ Ámbitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
Identidad	29/ Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	30/ Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	31/ Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	32/ Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
Libertad	33/ Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	34/ Igualdad de derechos	35/ Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	36/ Plasticidad espacio-temporal

Figura 1: Matriz de Necesidades y Satisfactores Fuente: Tomado del libro: Desarrollo a Escala Humana, Max-Neef et al (1986) p.42

De otro lado en 1989 la International Organization for Standardization (ISO) define calidad como el grado en que el conjunto de características inherentes a un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado. Otra definición de calidad por la Real Academia Española, hace mención a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Deming por su parte señaló que calidad es satisfacción del usuario (Rodríguez y Caballero, 2013).

En suma, calidad se refiere tanto a la característica del producto o servicio y la percepción de éstas características por el usuario.

2.3.2. Evolución histórica del concepto calidad

En el proceso evolutivo del ser humano, el concepto de calidad ha estado presente a lo largo del tiempo.

Al inicio en la edad media los bienes producidos por los artesanos pasaban pruebas de calidad para satisfacer las necesidades de los compradores. Posteriormente en el siglo XX, el trabajo manual fue reemplazado por el trabajo mecanizado, debido a la creciente demanda se hace necesario mejorar los procesos de calidad, a través de la inspección se identificaba los productos que no cumplían los estándares deseados y no debían llegar a los usuarios.

Luego de la Segunda Guerra Mundial las necesidades de producción se elevaron, debido a la necesidad de la reconstrucción de ciudades que fueron afectados por la guerra, así surge el control estadístico de la calidad, siendo sus principales precursores Walter Shewhart y Edward Deming (Rodríguez y Caballero, 2013, p. 48). Posteriormente a esta década, aparece en el escenario mundial el concepto de calidad Total, proceso en el cual participaban todos sin excepción, para lograr la máxima satisfacción de los consumidores.

A partir de la década de los 90 y hasta la actualidad, la calidad es conocida como mejora continua de la calidad total; el contexto se caracteriza por los mercados globalizados. En esta etapa el factor humano asume un rol muy trascendente cuando se inicia un proceso continuo de reducción de costos, considerando que se han

desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas (Cubillos y Roso, 1980).

Así el concepto de calidad ha ido cambiando en el tiempo, de ser utilizado primero en la industria para lograr mayores ventas, para luego usarse en el ámbito de las organizaciones como en los servicios de salud que buscan cada vez más la satisfacción de los usuarios.

2.3.3. Filosofías de la Calidad

Encontramos diversas filosofías de la Calidad, expuestas desde diferentes perspectivas, las mismas que se detallan a continuación:

La filosofía de E. Deming, estadístico estadounidense, se centró en el control estadístico de la calidad, reconoció la importancia de los procesos administrativos estadísticamente, su filosofía trascendió lo estadístico para luego reconocer la importancia del liderazgo de la alta dirección, las asociaciones entre clientes y proveedores y la mejora continua en los procesos de manufactura y desarrollo de productos, para ello los que brindan el servicio deben estar motivados y capacitados tanto teóricamente como tecnológicamente para que ejecuten su trabajo de calidad, afirmó que una calidad más alta lleva a una mejor productividad y este a su vez, da lugar a una fuerza competitiva a largo plazo.

De otro lado la filosofía de Joseph M. Juran, de nacionalidad americana, señaló que es necesario e indispensable que la administración superior de una organización esté involucrada en la obtención de la calidad del servicio que se brinda. La calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado la satisfacción del usuario y productos libres de las deficiencias, lo que evita la insatisfacción del cliente. Uno de sus aportes importantes es sobre la Gestión de la Calidad, basados en tres aspectos: la planificación de la calidad, el control de la calidad y la mejora de la calidad; los mismos que son necesarios para cumplir con las necesidades de los usuarios del servicio; sustentó un programa detallado para mejorar la calidad, identificando los proyectos específicos para la mejora, organizando el apoyo a los proyectos, diagnosticaba las causas, y refirió que era necesario probar que los

remedios sean eficaces en las condiciones operativas actuales y ofrecer el control para conservar las mejoras.

Por su parte el ingeniero japonés K. Ishikawa igual que Deming, señaló que para el éxito total, era necesario un enfoque hacia el control en toda la empresa. Para este control de calidad era necesario que la organización estructure un Plan de Capacitación en Calidad dirigido a todos los niveles de la organización y sus objetivos deben estar en concordancia con los objetivos estratégicos de la organización. El diagrama causa-efecto, o espina de Ishikawa es uno de sus principales aportes, sirve para identificar algún problema a analizar; así también demostró la importancia de las herramientas de calidad; así como la conformación de los Círculos de calidad para buscar soluciones a problemas detectados en algún aspecto del servicio; y desarrollo el enfoque del mejoramiento continuo de los procesos.

Philip B. Crosby señaló que calidad es cumplir con los requerimientos del usuario con un mínimo de errores y defectos, es hacer las cosas bien desde la primera vez. A diferencia de Juran y Deming, el enfoque de Crosby es sobre todo conductual, señaló el uso de procesos administrativos y organizacionales en lugar de técnicas estadísticas para cambiar la cultura corporativa y las actitudes. Sin embargo, al igual que Juran y a diferencia de Deming, su enfoque se adapta a las estructuras existentes en una organización.

Walter Shewhart, estadístico estadounidense, centro su filosofía en el control estadístico de la calidad; sustentó el Ciclo de Mejoramiento continuo PHVA que se basa en el Planear, planificar objetivos; Hacer ejecutar las acciones; Verificar, evaluar resultados; Actuar, ajustar lo que hay que corregir (Méndez, 2013, párr.20).

De otro lado Parasuraman Zeithaml y Berry quienes se centraron en la calidad del servicio, refieren que el usuario percibe un servicio de alta calidad cuando su experiencia supera o iguala sus expectativas. Así la filosofía de la excelencia del servicio permite potenciar la fidelidad de los usuarios e incrementar su número, por ende la organización tendrá mayor oportunidad para su desarrollo. Señalan que para medir la calidad percibida los usuarios deben reflejar sus expectativas sobre el nivel

de calidad que razonablemente deberían recibir, y posteriormente, sus percepciones sobre el nivel de calidad que posee la organización evaluada.

2.3.4. Elementos de Calidad en Salud

En el mundo de las políticas de salud, tanto públicas, como privadas, existen diversos enfoques respecto de los elementos de Calidad en Salud.

Donabedian identificó tres componentes principales del servicio para generar satisfacción en los usuarios. El **componente técnico** referido a la asistencia técnica que se brinda al usuario reflejada en la capacidad del equipo de salud, la infraestructura y equipos. Por otra parte el **componente interpersonal** que se brinda a través de la relación interpersonal y la comunicación entre el equipo de salud y el paciente, basado en la confianza, respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que se brinde, lo cual es determinante en la satisfacción del paciente, respecto al servicio recibido. Y por último considera el **componente del entorno (confort)** referido a las condiciones de comodidad, ambiente confortable, ordenado, ventilado e iluminado, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad y servicios públicos adecuados (Romero, 2008, p.14).

De otro lado las dimensiones de la calidad de los servicios de salud presentan cinco componentes respecto a la organización; los cuales proveen de información relevante apreciados por los usuarios y/o pacientes. Los elementos tangibles referidos a la apariencia física que deben tener los establecimientos de salud, respecto de las instalaciones, equipos, personal y material de comunicación, para la satisfacción del usuario y/o paciente. La fiabilidad indica la habilidad que debe tener la organización, para ejecutar el servicio de salud ofrecido. La capacidad de respuesta demostrada en la disposición de ayudar a los usuarios y/o pacientes para proveerles un servicio rápido, eficiente, oportuno y de calidad. La seguridad reflejada en la atención y habilidades que demuestra el equipo de salud a los usuarios. La empatía referida a la atención individualizada con un trato basado en la calidez (Ruiz, 2001).

Por otra parte, Dueñas (2003) citado en Lujan (2011), identificó tres dimensiones de la calidad que deberían tener cualquiera de los servicios de salud. La dimensión técnico científica referida a los elementos que permiten garantizar servicios de salud seguros y de calidad al usuario y/o paciente, con la finalidad de que tenga una rápida recuperación de la enfermedad que padece. De otro lado la dimensión administrativa relación prestadora que involucra la administración oportuna de los recursos humanos y materiales que debe ofrecer un servicio de salud; los mismos que son determinante para la vida emocional del usuario y/o paciente. Y la dimensión humana que es poco reconocida, cuando se habla de calidad de la salud. La razón de ser del servicio es el ser humano como un todo biopsico social.

Actualmente, en un mundo desbocado por la globalización (Giddens, 2007, p.23), los servicios de salud, deben caracterizarse por ofrecer al usuario y/o paciente una atención en función a sus necesidades, y a su entorno más íntimo, como por ejemplo familiares, amigos, etc. De acuerdo a ello, el equipo de salud debe estar comprometido con la condición humana del paciente, demostrando para ello iniciativa y diligencia, aptitud y actitud para brindar el servicio, reconociendo al usuario y/o paciente como eje principal en el ejercicio de su función clínica.

2.3.5. Los Servicios de salud para una mejor calidad de vida del usuario

La prestación de los servicios de salud para atender a las personas que sufren de enfermedad renal crónica, requiere de una sensibilidad y compromiso con la condición humana de parte de los profesionales de la salud, a fin de ofrecer al usuario y/ o paciente una mejor calidad de vida.

En ese sentido, servicio es una actividad directa o indirecta que no produce un producto físico, sino más bien es una parte inmaterial de la transacción entre el usuario y el que brinda el servicio (Berry, Bennet, & Brown, 1989). Kotler citado en Veliz y Villanueva (2013) expresa “servicio es cualquier acto o desempeño que una persona ofrece a otra y que en un principio es intangible, y no tiene como resultado la transferencia de la propiedad de nada. La producción del mismo podrá estar enlazada o no a la de un bien físico” (p.464). Otro aporte es de Zeithmal & Bitner (2002) afirma que la calidad en el servicio de salud es la parte esencial, que le permite al usuario tener las percepciones positivas respecto del servicio que recibe. Cuando se

habla de los servicios, la calidad es la pieza que predomina cuando el usuario y/o paciente realiza su evaluación. Los servicios de salud tienen características que son difíciles de evaluar para conocer lo que desean los usuarios y/o pacientes.

En suma servicio es una actividad intangible que se establece entre el usuario y el que brinda el servicio y tiene como objetivo satisfacer los deseos o necesidades del usuario. El paciente es la razón de ser de un servicio de salud, por ende el personal de salud debe estar en la capacidad de reunir información sobre los usuarios, para crear y ofrecer servicios adecuados y de calidad. En este sentido, las preferencias y opiniones de los usuarios pesan y guían todos los aspectos relacionados con el otorgamiento de un servicio, como es la competencia de los profesionales de la salud. Los prestadores de servicios, deben de poseer las habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al usuario y/o paciente a tomar decisiones informadas, garantizando la seguridad de éste; y de esta manera poder mantener la calidad técnica de la atención.). Así las relaciones interpersonales en una consulta implica el intercambio de información verbal, o no verbal entre dos o más personas participantes, en un contexto cara a cara, donde la fuente (emisor) puede utilizar la reacción de su receptor (quien recibe el mensaje de la comunicación) para verificar su propia efectividad y utilizarla como guía de sus futuras acciones (Dusek, 2005, pp. 18-26).

Las interacciones entre emisor y receptor cara a cara permiten evaluar la efectividad de los mensajes para lograr resultados óptimos. Es por ello, que en la terapia de hemodiálisis el paciente estrecha sus vínculos sociales y afectivos con el equipo de salud, desarrollando una relación de confianza y respeto, que les permite sentirse importantes, considerados y empoderados.

De la misma manera, otro factor que mantiene la vida del paciente en hemodiálisis, es su capacidad de afrontar y adaptarse a los cambios que trae consigo la enfermedad, ante lo cual, debe saber mantener su independencia, su autonomía y capacidad de tomar de decisiones, para que su lucha cotidiana por una mejor calidad de vida tenga sentido y se mantenga la motivación y sensación de control (Huérffano, 2018).

2.3.6. Los usuarios en los servicios de salud.

En toda organización y/o institución que brinda servicios de salud, todos tienen usuarios y/o pacientes, a quienes se les debe prestar un servicio de calidad, en la entrega de un producto. De acuerdo con ello mejorar la calidad de un servicio de salud implica conocer lo que los usuarios y/o pacientes desean o no tienen para de ser posible proveérselo oportunamente.

Las condiciones psicológicas, que debe tener una persona que sigue el tratamiento de una enfermedad renal, se hace indispensable para superar los problemas personales, para llevar una vida social digna. El usuario de hemodiálisis llega a establecer una relación muy cercana con el equipo de salud: médico, enfermera, técnico de enfermería, psicólogo, trabajadora social y nutricionista y su entorno, lo cual es muy valorada, debido al tiempo que transcurren en el lugar donde recibe tratamiento (9 a 15 horas semanales) y durante un periodo que puede ser de muchos años.

De esta forma la unidad de hemodiálisis se constituye en un lugar de importancia en la adaptación del paciente; debe ser un ambiente cálido, acogedor, con un nivel de ruido moderado (bajo los 40 dB) que transmita seguridad, protección, confort y distracción durante las horas de permanencia necesarias para recibir su tratamiento (Elzaurdia, Operti, Simonetti & Leiva, 2007, p.15).

EsSalud se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles en salud y por lo tanto asume la función de una IAFAS definida en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud; pero a la vez desarrolla la función de provisión de servicios de salud a nivel nacional en un rol de IPRESS (Plan Estratégico Institucional 2017-2011, p.13).

Los usuarios de las prestaciones de salud, demandan por una atención que les permita alcanzar una vida plena y digna.

2.3.7. Modelos de Calidad en los servicios de salud

Existen diferentes modelos de calidad en los servicios de salud, que pueden ser considerados como representativos y emblemáticos, los cuales son citados por Veliz y Villanueva (2013) quienes presentan y explican 3 modelos.

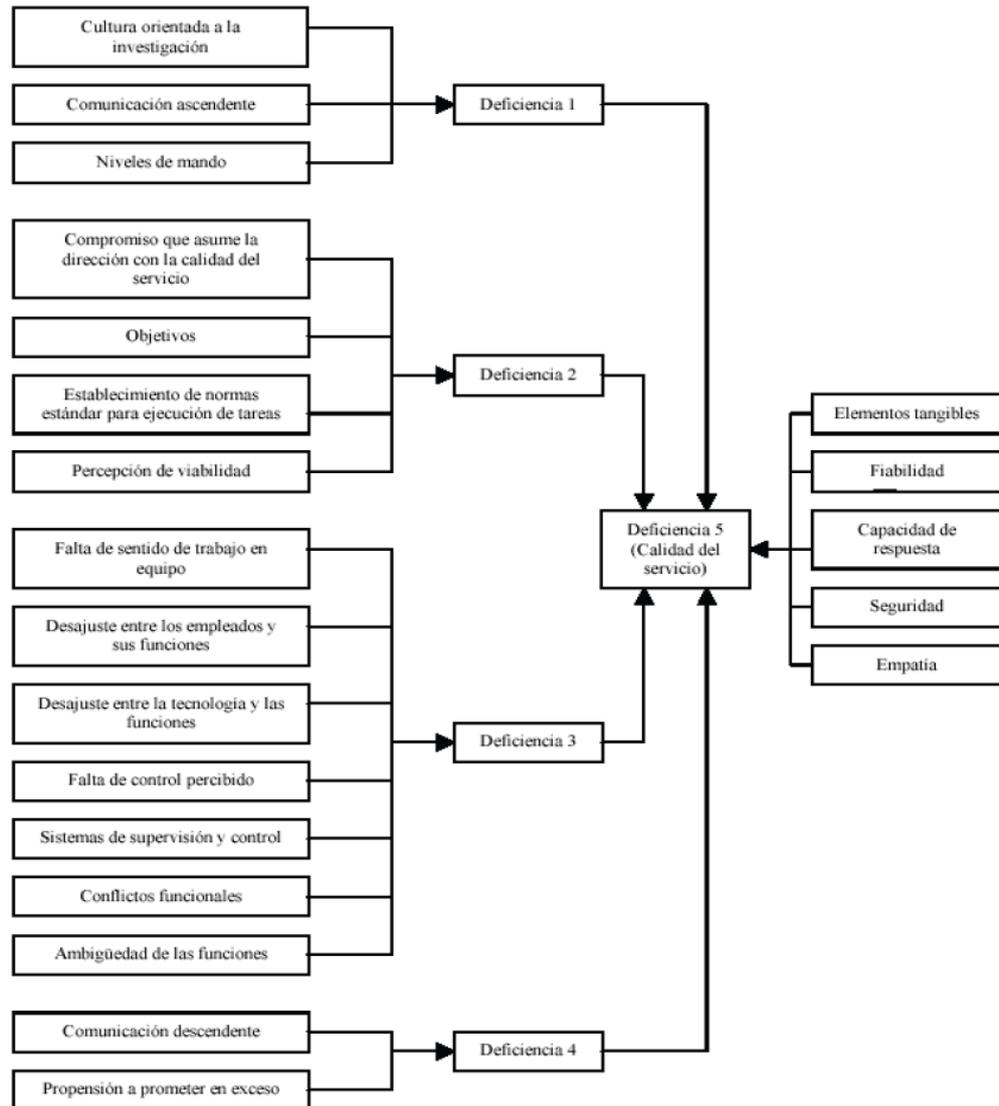
El Modelo de Gronroos sostiene que la calidad es la percepción del usuario del servicio recibido, en este proceso intervienen diferentes factores que influyen directamente en las expectativas. La calidad técnica es el resultado de lo que el

usuario recibe, la calidad funcional es la referida a como se da el servicio, y la calidad organizativa referida a la percepción del usuario de la organización.

De otro lado Parasuraman, Zeithaml y Berry diseñaron el modelo de los cinco **GAPS**, el cual identifica los factores que implican ausencia de calidad, y donde la organización debe centrar su atención. El Gap 1: Esta referido a la diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos. El Gap 2: Se refleja cuando la organización no responde a las expectativas de los usuarios, ello debido a errores en el establecimiento de las normas. El Gap 3: Se refleja en la inadecuada prestación del servicio, aun cuándo se conocen las expectativas de los usuarios y se cuenta con las normas de calidad apropiadas. El Gap 4: Se refleja cuando no se cumple con lo ofrecido, lo cual incide negativamente en la percepción del servicio recibido. Gap 5: Es la suma de los cuatro gap, se refiere a las diferencias entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.

Posteriormente, identificaron diez dimensiones de la calidad del servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario. Manifiestan que estas dimensiones no necesariamente son independientes unas de otras (Zeithmal, Parasuraman y Berry 1993, p. 26).

Después de realizar otra investigación Parasuraman, *et al.*, (1988, 1991), desarrollaron un instrumento llamado **SERVQUAL** (palabra conjunta que se derivan de la palabra Service Quality) el cual permite evaluar las expectativas y percepciones del usuario por separado, a partir de cinco categorías. Los elementos tangibles como la infraestructura, equipos, personal y materiales de comunicación; fiabilidad referida a la habilidad para brindar un servicio fiable y cuidadoso; la capacidad de respuesta que tiene que ver con la disposición del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido; seguridad referida al conocimiento y atención y habilidades mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza; y Empatía que es la capacidad por entender la perspectiva del usuario mediante la atención individualizada. El modelo SERVQUAL se observa en la siguiente Figura 2:



Fuente: Adaptado de Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988). “Communication and Control Processes in Delivery of Service Quality”. Journal of Marketing, vol. 52, p.4

El SERVQUAL es el instrumento más completo para evaluar la satisfacción del usuario respecto a la calidad del servicio de salud, los autores afirman que la comunicación y los procesos de control son factores que determinan la calidad del servicio, los que deben ser analizados a través de datos cuantitativos de estudios exploratorios (Veliz y Villanueva, 2013).

Los diferentes estudios señalan que la calidad de un servicio debe ser medida por el grado de satisfacción del usuario. Para este estudio se ha tomado como referencia el modelo de Parasuraman para conocer la calidad de atención en los centros contratados de hemodiálisis a través de las dimensiones que comprenden los aspectos

tangibles, competencia profesional, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y accesibilidad, y el establecimiento de una relación con el nivel de la satisfacción del paciente.

2.3.8. Control de Calidad en salud, factor clave para una mejor calidad de vida del usuario

Uno de las definiciones de control de calidad la expone Donabedian a principios de la década del 80 del siglo XX, sostiene que la calidad es la actividad que periódicamente se dirige a conocer las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica monitorizada (medida) los resultados estudiados, de manera de que sus diferencias (con lo esperado) puedan ser corregidas.

Así también Podestá (2012), refiere que calidad en salud significa proveer un servicio de manera correcta, brindando un valor agregado al mismo para lograr la excelencia. Los mejores resultados tienen que ver con el equilibrio de la calidad del recurso humano y la calidad de los procesos. Los indicadores de gestión nos permiten evaluar tanto la estructura como los procesos, a fin de tomar medidas correctivas y oportunas que garanticen la calidad de atención.

En una organización los resultados de su desempeño se reflejan en los indicadores de gestión, que al ser evaluados y comparados con algún nivel de referencia permite tomar acciones correctivas o preventivas de acuerdo al caso.

Ramos (2011) propone tres enfoques para el control de calidad. Un enfoque integral, identificando las dimensiones del proceso y sus resultados. El enfoque prospectivo hace referencia que el perfeccionamiento de la calidad es continuo. Y el enfoque humanista refiere que el centro de atención es la persona que recibe el servicio de salud. La calidad es tarea de todos los miembros que componen una organización y que brindan un servicio de salud implementar una política de mejora continua de la calidad.

En consecuencia, el control de calidad en la atención de salud es un proceso que identifica los resultados del servicio que brinda el personal de salud, identifica los problemas en la atención y sus causas, en el cual está involucrado toda la

organización desde la administración y todo el personal; siendo el centro de todas las acciones de mejora la satisfacción del usuario.

2.4. Bases Teóricas de Satisfacción del Usuario

2.4.1. Satisfacción del Usuario

La satisfacción del usuario y/o paciente, constituye un elemento importante en su proceso de recuperación de la enfermedad crónica renal, y en este proceso cumple un aspecto determinante la calidad que la atención de salud intenta promover. La satisfacción del servicio de salud está relacionada con la necesidad de superar el estado de carencia, de escasez o falta de una cosa, que debe ser corregida de forma diligente y oportuna. De esta forma Ribeiro 2003, citado en Redhead (2015, p.32)

la satisfacción del usuario, es un concepto multidimensional que evalúa de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de su salud, se ha definido como la medida en que la atención sanitaria y el estado de la salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

La satisfacción en este sentido es concebida como la respuesta de los usuarios frente a un servicio recibido, el cual depende no solo de la calidad del servicio sino además de las expectativas que tiene el usuario.

De otro lado una atención de calidad requiere de la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, de relaciones interpersonales cálidas, de un ambiente físico agradable, de una buena accesibilidad, sin barreras culturales, razones políticas, económicas y sociales (Botero *et.al.*, 2014, p. 16).

En el mismo sentido para tener usuarios satisfechos, se requiere conocer lo que espera del servicio, que necesita, sus preferencias; el servicio cumple con una función educativa y además desarrolla indicadores para conocer el cumplimiento del objetivo, lo cual permitirá implementar mejoras para consolidar la relación entre el equipo de salud y el usuario.

Así para evaluar la prestación de un servicio existe diferentes criterios, Hidalgo (2015) refiere centrarse en el usuario, respondiendo a sus necesidades y expectativas; el liderazgo de los que dirigen la organización debe llevar a los integrantes al logro de los objetivos de la calidad en el servicio; el compromiso del personal debe

reflejarse en el desarrollo de destrezas para lograr la calidad de atención; los procesos deben cumplirse de manera eficiente; la mejora continua debe ser entendida como una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos y humanos.

En suma, satisfacción es un indicador de calidad de atención, están estrechamente relacionados; así satisfacción es el resultado de lo que experimenta el usuario después de haber recibido un producto o servicio, cuando este ha cumplido o sobrepasado sus expectativas.

2.4.2. Elementos en la Satisfacción del Usuario

De acuerdo a Kotler (Kotler, 2012) como Oliver (Valarie A. Zeithaml, 2002) señalan que existen tres componentes principales en la satisfacción del usuario.

El **Rendimiento Percibido**, que se refleja en el desempeño que demuestra el personal que brinda el servicio y el resultado que obtiene el usuario luego de obtener un servicio.

Las Expectativas, están referidas a lo que los usuarios esperan cuando obtengan un producto o utilicen un servicio, puede ser realista o no. Se generan por las promesas que hacen las organizaciones sobre los beneficios que les brindara el servicio, las opiniones de amistades, familiares o líderes de opinión, además contrastan las promesas que les ofrece una organización con la que le ofrece la competencia.

Los Niveles de Satisfacción es la reacción que experimenta el usuario luego de recibir un servicio. La insatisfacción se produce cuando el desempeño percibido del servicio no alcanza las expectativas del usuario. La satisfacción es reflejo de la concordancia del desempeño percibido del servicio con las expectativas del usuario. De otro lado la complacencia se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del usuario (Cortés y Oyarzo, 2013).

La satisfacción de las expectativas del usuario incluye la accesibilidad a los servicios, la oportunidad para la atención, amabilidad en el trato, proceso de la atención realizado sin obstáculos, suficiente personal de salud debidamente capacitado, disponibilidad del equipo, material y medicamentos que se requieran; solución del problema de salud que es motivo de la atención, comodidad durante el proceso de atención, control de ruido, iluminación adecuada entre otros.

En los usuarios en terapia de hemodiálisis desde el primer contacto con la sala de diálisis es un momento de impacto especial, deben asumir la dependencia prolongada de un tratamiento periódico que afectará su vida personal y laboral. Atraviesan etapas de negación hasta la aceptación de la enfermedad, en todo este proceso es muy importante la participación del equipo de salud, algunas de sus expectativas están centradas en recibir información sobre la diálisis, el autocuidado en la alimentación e ingesta de líquidos, disponer de ayudas para sobrellevar los aspectos sociales de la enfermedad, atención de profesionales competentes que brinden comprensión y buen trato en todo el proceso, todo lo cual incide en su nivel de satisfacción en la atención.

2.4.3. Teorías de la Satisfacción

Existen tres modelos de la satisfacción del usuario: el modelo cognitivo, el modelo afectivo y el modelo cognitivo-afectivo (Ros, 2016).

El modelo cognitivo de la satisfacción referido a la evaluación racional que hace el sobre los diferentes aspectos de un servicio, en base a un estándar de comparación; su aporte teórico más importante es la teoría de la desconfirmación de expectativas propuesto por Oliver en 1980, es la más reconocida en los estudios de satisfacción. Esta teoría señala que la satisfacción es el resultado de las diferencias entre la expectativa y las percepciones de los usuarios sobre el resultado del producto o servicio evaluado.

La desconfirmación es positiva cuando el resultado supera a las expectativas; es simple o nula cuando el resultado iguala a las expectativas, y es negativa cuando el resultado es inferior a las expectativas. Así la desconfirmación de expectativas positiva y simple causará la satisfacción del usuario mientras que la desconfirmación negativa provocará su insatisfacción.

Así también se encuentran otros aportes a este modelo: la teoría del nivel de comparación (LaTour y Peat, 1979) señala que los usuarios al formular sus juicios de satisfacción comparan la experiencia previa con productos similares, experiencias generadas por publicidad o promociones, y la experiencia de otros usuarios. La teoría de los estándares de comparación, señala que los actos de consumo o compras se basan en las reglas, pautas, valores, estilos de vida y creencias que tienen los usuarios, los evalúan y perciben su satisfacción; su satisfacción varía de acuerdo al

estándar adoptado, que puede ser las expectativas predictivas, las expectativas deseadas, las expectativas merecidas o adecuadas, las expectativas normativas o las promesas o ideales. (Parra, 2006). La teoría de la discrepancia del valor percibido, se refiere a la satisfacción del usuario con el servicio como una respuesta de carácter emocional al proceso evaluativo- cognitivo donde la percepción de un objeto, acción o condición se compara con los valores del individuo (Peter y Olson, 1987).

De otro lado el modelo afectivo de la satisfacción (Westbrook y Reilly, 1983) basado en la respuesta emocional del usuario durante su experiencia en la obtención de un servicio, el cual tiene como resultado su satisfacción o insatisfacción; los afectos representan los sentimientos, frente al pensamiento o vertiente cognitiva de la satisfacción.

El modelo cognitivo- afectivo de la satisfacción sostiene que los sistemas cognitivo y emocional no son independientes, sino que están relacionados en la explicación de la satisfacción. El modelo cognitivo- afectivo de la satisfacción va más allá del procesamiento cognitivo de los usuarios, dado que los afectos, las emociones, los sentimientos o las actitudes, influyen en su decisión de consumo y ejercen de elemento mediador entre la desconfirmación de expectativas y la satisfacción (Bigné y Andreu, 2004)

2.5. Las Políticas Públicas de Salud en el Perú: 1990 -2018

En las últimas décadas del siglo XX, después de la caída del Muro de Berlín en 1989, y la implosión de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) el año 1991, marcado por la desaparición del socialismo real, y el fin a la época de la Guerra Fría, sucedieron impactantes cambios en el mundo, en diferentes aspectos, como por ejemplo en lo económico, política y social, así como también en las condiciones de vida y de salud de la población tanto en los países desarrollados, así como en los países en vías de desarrollo, como es el caso del Perú.

En los noventa, el Estado peruano atraviesa intensas crisis relacionados con a su capacidad de gestión pública en el ámbito económico, social y político, su rol como garante del orden y la seguridad de los ciudadanos cada vez estaban más amenazados por la violencia política, y su autoridad, legitimidad y representatividad ante la

sociedad en importantes ámbitos geográficos, habían sido erosionados peligrosamente, causando miedo e incertidumbre en la población, que percibía e intuía un futuro incierto para la vida y existencia social de los peruanos (González, 2000).

Durante el gobierno de Alberto Fujimori (1990-2000) la aplicación de reformas de mercado introdujo la denominada política del *shock* de manera continua y legalmente a partir de 1990. Durante esta etapa, la tecnocracia desempeña un papel central; los economistas formados en la Escuela de Chicago se convierten en nuevos personajes de poder estrechamente relacionados con los organismos financieros internacionales y las corporaciones multinacionales. Esta situación de concentración de poder político en el Ejecutivo, representado por el presidente, algunos ministros y tecnócratas se mantienen hasta la actualidad. Esta forma de ejercer el poder político representa una forma en la que el mismo poder, se sustenta en reglas que están escritas y en otras que no lo están, además de una tradición de concentración de poderes y discrecionalidad, en la toma de decisiones y en la Constitución.

El patrón de poder se expresa en la relación existente entre ministros y de la alta burocracia del Estado, se relaciona con los tecnócratas que reciben el apoyo del libre mercado y de los empresarios o ejecutivos de las grandes empresas. En una gran cantidad de casos, los grupos de mayor poder económico presionan para que sean nombrados, para que posean representación en el Estado y de esta manera se conserve la promoción de grandes inversiones como prioridad (Durand, 2016, p.29).

El Estado abandonó el rol tutelar que cumplía, en la defensa de los derechos de los trabajadores que había asumido desde la segunda mitad del siglo pasado para reemplazarlo por el auge de la inversión foránea. La venta de una fuerza de trabajo sin derechos sociales y barata se constituyen en uno de los supuestos atractivos con los cuales el Perú pretendía competir con la finalidad de atraer las inversiones privadas del exterior (Béjar, 2001).

Por otra parte, Cardozo, Casanova y Scatena, (2000, p. 9) señala que el Estado aplicó una política económica neoliberal, caracterizada por la globalización de la información y de las economías, termino de los regímenes socialistas, se re-definen teorías y conceptos en Salud Pública y en Política de Salud.

En el año 1991 con la epidemia del cólera, se generó uno de los grandes préstamos del Banco Mundial (BM) para la lucha contra esta enfermedad expandida por todo el país, lo que dejó en crisis total a los más excluidos de la sociedad: los pobres.

En este contexto, las políticas de salud fueron formuladas con base en la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización, reorientando el modelo de atención con el objetivo de lograr una mayor cobertura de la población (Estrada & Godoy, 1996). Las políticas de salud se ven reorientadas por efecto de la implementación del modelo económico neoliberal, que produjo el surgimiento de enfermedades agudas y crónicas con alto costo.

Bejar (2001, p.377) refiere que el gobierno en el año 1994, firmó con el Fondo Monetario Internacional la Carta de Intención, que en su cláusula 18 señala que «el gobierno fortalecerá sus políticas para reducir la pobreza como un elemento esencial para consolidar la pacificación y el progreso sustancial que se ha hecho en la estabilización de la economía». Se asumió sin ninguna oposición los puntos de vista que tenía en ese momento la tecnocracia internacional. Es así que surgen los conceptos iniciales y los lineamientos de las reformas de la educación y la salud.

Así en el área de Salud, se empieza a privatizar los servicios básicos; en educación se generaliza la educación primaria y secundaria, para ser financiados por los propios usuarios; en vivienda se centra en la provisión de servicios básicos; se impulsan programas de lucha contra la pobreza y se focaliza en los pobres extremos.

Desde la década de 1980-1990, los principios que orientan la reforma de salud según Aguinaga (1996) citado en Cardozo et al (2000) menciona que se orienta en los principios de: equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia y eficiencia; y busca construir:

1. Un nuevo marco jurídico para el desarrollo de las acciones de salud.
2. Nuevas y mayores capacidades de gobierno.
3. Nuevo sistema de cuidado de la salud individual.
4. Nuevo sistema de atención de la salud colectiva.
5. Nuevo sistema de financiamiento del cuidado de la salud.
6. Nuevo sistema de gerencia de servicios de salud.

Los recursos de sector salud fueron afectados de tal manera que los gastos por persona, tanto del MINSA como del Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS entre 1985-1990, descendieron en un 50% (Perú, MINSA 1995, pp 9-10). “Un 25 % de la población poseía algún tipo de seguro de salud, al IPSS, actualmente Seguro Social de Salud (ESSALUD) le correspondía el 20,5% y el resto de la población, es decir, el 75% no poseía ningún tipo de cobertura previsional”, con el agravante de sufrir graves problemas de eficiencia, calidad y equidad.

Las políticas públicas del Estado debería enfocarse en los mecanismos que generan desigualdad en el estado de salud, así se identifican:

i) la desigualdades de ingreso, ii) la desigualdades de dispersión poblacional, grupo étnico y exposición a riesgos ambientales, iii) los grupos en riesgo biológico y de capacidades (ancianos, niños, mujeres en edad fértil, enfermos más débiles o personas sin educación) y iv) aquellos grupos que por enfermedades crónicas, accidentes o incapacidades (Petrera, 2007, p.69). En la medida que estos problemas sean resueltos, podríamos hablar de una buena salud. La salud pública además de los factores directamente médicos depende de las condiciones económicas básicas, para superar los niveles de pobreza, mediante el acceso a servicios fundamentales (educación, salud, trabajo productivo digno) y, también del nivel de equidad de una sociedad y de la fortaleza de su capital social. Amartya Sen menciona que los países con economías precarias (menor producto bruto per cápita) posean una esperanza de vida muy superior a otros donde aquel es mucho mayor, la razón se debe a que existe menos desigualdad, en estos países desarrollados donde existe el Estado del bienestar, la salud, y la educación son necesidades reales, existen políticas publicas activas y reciben el apoyo de la sociedad (Klikberg, 2002, p. 54).

Las investigaciones indican que si es fuerte el capital social hay mayor participación de la sociedad civil en la actividad política y por ende los gobiernos responden más a las necesidades de las personas con menores recursos.

2.5.1. La reforma de los servicios de salud

La reforma en el sector salud tenía como objetivo principal mejorar los servicios de salud.

A partir de 1994, el Estado destinó US\$ 88 millones para el Programa de Focalización, “Programa de Salud Básica Para Todos”. Posteriormente se impulsaron proyectos de cooperación externa, por un monto total de US\$ 202 millones: el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud BID-MINSA (Banco Interamericano de Desarrollo-Ministerio de Salud) por un monto de US\$ 98 millones; Proyecto Salud y Nutrición Básica del Banco Mundial US\$ 44 millones y el proyecto 2000 US\$ 60 millones. Esto equivale a un gasto per cápita de 42.06 dólares por año, sin considerar los gastos de las instituciones militares y policiales (Vargas, 1996 citado en Cardozo et al, 2000, p.10).

Las políticas de salud, han tenido dos momentos claves, uno de ellos desde un punto de vista centralizado (hasta principios de los 90) y otra, con la Constitución Política del Perú (1993), donde en su artículo 9 menciona que esta debe de “diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada con el fin de facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud” (p. 2). En ese mismo sentido, es necesario mencionar en el marco de las Leyes N° 27783, de 2002 (Bases de la descentralización), y N° 29124, de 2009, el MINSA comenzó a transferir a los gobiernos regionales algunas competencias y responsabilidades referidos a la salud. En este mismo sentido, se puede mencionar como antecedente de la descentralización en salud en 1994 a través del Programa de Administración Compartida (PAC), mediante el cual se crean los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) con la finalidad de cogestionar los servicios de salud, con la participación de la comunidad organizada, los mismos que operaban en todas las regiones del país independientemente del nivel de desarrollo. Según el MINSA (2008) en Tacna , Arequipa y Moquegua, el 100% de los centros de salud de primer nivel de atención estaba bajo la modalidad de cogestión CLAS, mientras que, en Huancavelica, Junín, Pasco, Callao y Lima, los CLAS representan una minoría en relación con la modalidad de gestión no CLAS.

A partir del 2003 al 2004, el modelo CLAS se debilitó y en generó un cambio en el enfoque de la descentralización, se transfiere a los gobiernos regionales el control de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y su personal; sólo Lima y Callao se encuentra administrado por los gobiernos regionales; referido proceso culmina en el 2008.

La asignación de mayores recursos a las regiones se encontraba vinculado a la reducción de la mortalidad materno-infantil y el crecimiento infantil; se requería implementar políticas compensatorias interregionales, evaluar la calidad de los servicios, del recurso humano y tecnológico, es decir, acompañar la transferencia de responsabilidades de gasto con recursos (Cetrángolo, Bertranou, Casanova y Casalí, 2013, pp.58-59).

Según Francke (2018) se pueden identificar tres etapas en la reforma de salud. Una primera durante los años (2006-2010) se priorizó recursos presupuestales a la salud materno-infantil, la salud nutricional y enfermedades transmisibles como TBC y VIH/SIDA. La segunda etapa a partir del 2012, las direcciones regionales de salud reciben directamente el presupuesto para atender estas demandas, siendo este tres

veces mayor que el SIS. Así también en el 2013 se prioriza la cobertura para el cáncer, se otorga un programa presupuestal específico a través de tres organismos: el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN (en Lima), el Seguro Integral de Salud-SIS y los gobiernos regionales. La tercera etapa se caracterizó por elevar la capacidad resolutive en establecimientos a nivel nacional con la finalidad de que se resuelvan los problemas de salud especializados.

El Plan Esperanza fue aprobado en el 2012 para atender el tratamiento de enfermos de cáncer, con financiamiento del FISSAL (Fondo intangible solidario en salud) en quimioterapia, radioterapia, procedimientos quirúrgicos y hospitalización.

Respecto a la inversión total que se realizó en salud entre el 2015 y 2016 alcanzo a 3600 millones de soles, no se realizó una evaluación de cuanto fue efectivamente para la mejora de la acreditación de los establecimientos y cuanto fue para otras inversiones, sin perder de vista que la mayoría fue otorgada a través de los gobiernos regionales, quienes muchas veces no siguen los lineamientos nacionales de política de inversión en salud.

Actualmente, la existencia de brechas de acceso a los servicios de salud, se debe a diversos factores, por ejemplo: escaso presupuesto, déficit de recursos humanos, limitaciones de infraestructura y equipamiento, inadecuada gestión de la inversión en salud, entre otros. El Estado durante muchos años dejó de invertir en la construcción, equipamiento con adecuada tecnología en los establecimientos de salud; la mayoría de hospitales tienen una antigüedad mayor de 50 años. A ello se suma que existe de un lado una insuficiente cantidad de establecimientos con capacidad resolutive básica; y de otro lado no tenemos hospitales de nivel intermedio.

Ante esta situación, con la Ley 30167 que se promulga en el 2014, el sector privado empieza a participar mediante las Asociaciones Público Privadas (APP) y obras por impuestos para el diseño, construcción, equipamiento, mantenimiento y operación de servicios generales, para los servicios de salud. En los últimos doce años el gasto del sector privado casi se ha triplicado, ello debido a que a medida que crece el empleo formal, hay más afiliados a las EPS, a ello se agrega la demanda insatisfecha expresado en el 75% de la población asegurada en el sistema público, menos del 5% afiliada a un seguro privado y casi un 30% sin ningún tipo de seguro.

Al respecto de las inversiones del Estado en salud:

La Cámara de Comercio de Lima (CCL) ha reportado que el sector salud en el Perú mueve al año US\$8.000 millones y tiene un crecimiento del 12%. De otro

lado, el sector privado proyecta inversiones millonarias hacia el 2016 debido al: i) aumento continuo de su eficiencia operativa, y ii) mayor respaldo financiero de grandes grupos empresariales (nacionales y extranjeros). Finalmente, el Ministerio de Salud ha anunciado inversiones en infraestructura por S/. 8,400 millones hasta el 2016 cuyo financiamiento tendrá una fuente pública, pero también nuevas formas de inversión privada en el sector público: las Asociaciones Público-Privadas (APP) y obras por impuestos (Mayorga, (2015, párr. 5).

Sin embargo, actualmente en el Perú no hay evaluaciones de impacto de estas innovaciones, entre otras razones, porque se trata de un conjunto de reformas parciales y fragmentadas que no cuentan con un marco definido ni una orientación clara (Alcalde, 2011).

Es de este modo, que en la seguridad social y EsSalud, la política de tercerización o contratación de los servicios privados de hemodiálisis, para la atención de los pacientes renales, tanto en Lima Metropolitana, así como en el Callao, ha aumentado significativamente, en estas últimas décadas, con la finalidad de ofrecer un servicio eficaz, eficiente y de calidad a los asegurados.

2.5.2. Principales lineamientos para el aseguramiento universal en la salud pública

En el año 2002, a través de las políticas de Estado del Acuerdo Nacional firmado con los representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno se acuerda avanzar hacia el aseguramiento universal y en el cual definieron políticas de Estado.

En este sentido se detalla la reducción de la pobreza; promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación; acceso universal a una educación pública y gratuita y de calidad; acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, promoción de la seguridad alimentaria y nutrición; desarrollo sostenible y gestión ambiental; y desarrollo en infraestructura y vivienda (Seclén, 2008, p.11).

La Ley marco de aseguramiento universal en Salud Ley N° 29344 se promulgó en el 2009, con la finalidad de garantizar el derecho de toda persona a la seguridad social en salud, con independencia de su inserción laboral y situación económica. Entre los principios del aseguramiento universal en salud se encuentran: universalidad,

solidaridad, unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y participativo. Así también la ley señala entre sus características que debe ser obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible. (Cetrángolo et al 2013, p. 60). Señala que el Ministerio de Salud es el ente rector encargado de dictar las normas y políticas para la implementación del mismo. Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, públicas, privadas o mixtas, son las encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados, entre las cuales se encuentran: Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las Compañías de Seguros Privados de Salud, las Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud pre pagados, los auto seguros y fondos de salud, instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS (los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente, registrados y autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención).

De otro lado, en ese mismo sentido, dentro de los planes de aseguramiento se establece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como cobertura mínima, son financiadas a todos los asegurados por las administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Asimismo, se establece la existencia de planes complementarios y específicos. Se diseñó teniendo como base el estudio de carga de enfermedades, y para ello se evaluó el costo para identificar diagnósticos que deberían incluirse (Banco Mundial, 2011; USAID, 2011b).

Respecto al financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), se establecen tres regímenes: (i) el régimen contributivo; (ii) el régimen semicontributivo (de financiamiento público parcial); y (iii) el régimen subsidiado (con financiamiento público total). En el caso de estos dos últimos regímenes, según la Ley N° 29761 del año 2011, los fondos públicos para el financiamiento provienen de los créditos presupuestarios que anualmente se le asignen al SIS, de los aportes de la población que se afilie al régimen semicontributivo, de los recursos que aporten los gobiernos regionales y locales, y de otros recursos provenientes de la cooperación, así como de otros que se fijen por ley (Cetrángolo et al 2013, p. 63).

Así también debemos destacar que EsSalud brinda cobertura a la población trabajadora y su grupo familiar en sus instalaciones. En 1997 a través de la Ley de Modernización de la Seguridad Social, el sector privado le ha vendido servicios personales a través de las Empresas Prestadoras de Salud –EPS, con la finalidad de complementar con servicios de menor complejidad, la prestación de los servicios ofrecidos por EsSalud a aquellos trabajadores que hayan optado por afiliarse voluntariamente a alguna de esas instituciones (MINSA, 2010).

En la Figura 3 podemos observar la expansión de la cobertura de los asegurados:

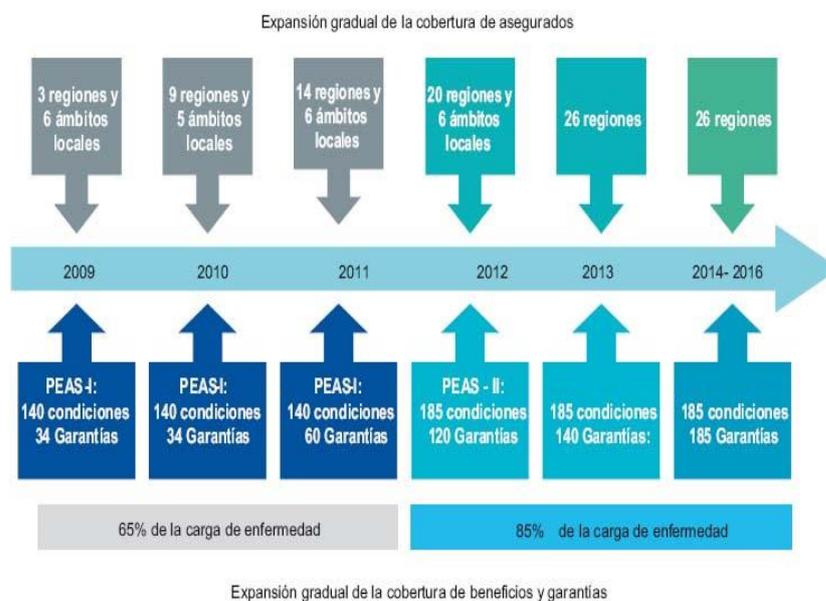


Figura 3. Expansión de la cobertura de los asegurados. Fuente: Arce (2009).

Tomado de El Sistema de Salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.

La ley también establece la cobertura para las enfermedades de alto costo, que no están incluidas en el PEAS, serán financiadas por la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo, mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

Las prestaciones vinculadas con enfermedades catastróficas seguirán a cargo de EsSalud para el conjunto de todos sus afiliados, aun conociéndose que, para esta institución, la atención de tales enfermedades de baja incidencia pero de alto costo (que han aumentado en los últimos años) socava la sostenibilidad financiera del fondo de salud. Esto se debe a que acceden a la cobertura de EsSalud personas con

esta clase de patologías que no cuentan con una historia contributiva previa. En la práctica el MINSA no cubre acciones de alta complejidad (Mesa Lago, 2005, p.65).

El Seguro Social de Salud - EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social. Tiene por finalidad dar cobertura de salud a los asegurados y derechohabientes (esposa e hijos), para ello otorga prestaciones de salud, económicas y sociales que corresponden al Régimen contributivo de la seguridad Social así como otros seguros de riesgos humanos.

El Seguro Integral de Salud fue creado con la finalidad de proteger la salud de las personas que no tienen seguro de salud, priorizando a aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza (EsSalud, 2018).

Respecto a las modalidades de aseguramiento en el Perú, existen diferencias en calidad y suficiencia como es el caso del SIS. A ello se suma que existe una alta dependencia del sector privado, que es el principal subcontratista del SIS; referido sector cuenta con enormes incentivos y ofrece de manera paralela seguros privados completos o complementarios. Así como efecto de ello la clase media y la clase alta con seguro privado ha aumentado de forma sistemática en la última década y existen ya diez aseguradoras en el país.

En el Perú contrariamente a las experiencias colombianas y uruguayas, ha habido poco reconocimiento a la necesidad de avanzar hacia la unificación de los distintos seguros y la importancia de regular activamente la provisión privada. La lógica política ha estado dominada por el aumento en el acceso –en el marco de una visión centrada en la reducción de la pobreza y no en el fomento del universalismo– prestando menos atención a la suficiencia y a la equidad (Martínez y Sánchez-Ancochea, 2019, pp. 327-328).

Los problemas de presupuesto, diseño y operación del SIS hacen que aún persistan barreras económicas. El resultado ha sido que la población sin seguro se ha reducido hasta el 30%, en el año 2014. Los pobres aumentaron su tasa de afiliación de 32 % a 75 % en esos años, mientras que los no vulnerables pasaron de 51 % a 67 % de cobertura. (Francke, 2018, p.25). Sin embargo, el SIS tiene serias deficiencias que hacen que la afiliación al mismo tiempo no garantice el derecho a la salud, por los altos niveles de filtración.

2.5.3. Política Nacional de Calidad en Salud: Ministerio de Salud (MINSA)

La primera formulación de la política de calidad en salud se da a finales del año 2001, con la publicación del documento técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por R.M. N° 768-2001-SA/DM, la misma que luego presenta algunas modificaciones que son aprobados por R.M. N° 519-2006/MINSA. Este documento señala las políticas que orientan la Gestión de la Calidad.

En relación a las personas, debe proveer servicios de salud oportunos, que satisfagan las necesidades de los usuarios.

En relación a los trabajadores, está orientado a fomentar el trabajo en equipo, para un intercambio de experiencias que beneficien al usuario.

En relación a las unidades prestadoras, deben fomentar una eficiente prestación de salud, buscando la eficacia y eficiencia.

En relación a la sociedad, debe promover las buenas prácticas de atención de salud, fomentando la participación social para logara una calidad en salud

En relación al Estado este debe brindar políticas en salud de calidad, como responsabilidad inherente del Estado (Fernández, 2014, p. 27).

2.5.4. Política de Calidad de la salud en ESSALUD

El Seguro Social de Salud.- EsSalud se crea mediante Ley N° 27056 como un Organismo Público Descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, otorgando cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales las cuales corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.

Visión:

Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación.

Misión:

Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud” (PEI EsSalud 2017-2021, pp. 13, 64).

El Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud ESSALUD 2016 – 2017 fue aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva No 393-PE-ESSALUD-2016; con el objetivo de promover la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud, buscando aplicar estándares de calidad y seguridad del paciente, orientando a desarrollar en toda la Institución una cultura de calidad sensible con los asegurados y planteando estrategias relacionadas con la humanización en su atención de los pacientes.

En ese sentido la Oficina de Gestión de la Calidad de EsSalud, contempló desarrollar el plan de gestión de la calidad, para lo cual se establecieron 5 ejes, 6 objetivos y 24 actividades del plan a nivel de la sede central y de los establecimientos de salud de EsSalud, según se muestra en la Figura 4:

Eje estratégico	Objetivo	Actividad
1. Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	1. Diseñar, implementar y mejorar las condiciones para la Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud EsSalud	1. Formulación, propuesta, y difusión de la Política de Calidad de EsSalud. 2. Formulación, aprobación y difusión del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud. 3. Elaboración de lineamientos generales y herramientas para la implementación del Plan de Gestión de la Calidad en EsSalud. 4. Fortalecimiento de las competencias de los responsables de la implementación y ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en EsSalud a nivel nacional. 5. Difusión y actualización de la plataforma virtual Observatorio de Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad de EsSalud.
	2. Fortalecer los procesos de Monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y seguridad según niveles de atención y complejidad.	6. Monitoreo de los indicadores de calidad. 7. Evaluación de los indicadores de calidad.
2. Mejora Continua y Satisfacción de Usuarios	3. Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de acciones de mejora continua de la calidad enfocadas en la reducción de los costos de la no calidad e incrementar la satisfacción de nuestros usuarios internos y externos.	8. Identificación, difusión y asistencia técnica para la implementación de Acciones de mejora y/o Proyectos de Mejora Continua de la Calidad exitosos a nivel nacional. 9. Diseño, difusión e implementación de los lineamientos y herramientas para la medición de la satisfacción del usuario externo a nivel de las IPRESS y todas las unidades que brindan atención directa al Asegurado de EsSalud.
	4. Fortalecer la Garantía de Calidad promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el marco de la Acreditación de las IPRESS de EsSalud.	10. Evaluación de la línea de base de las Redes Asistenciales / Desconcentradas y OPN respecto al proceso de Acreditación de las IPRESS que correspondan. 11. Capacitación y certificación de la formación de evaluadores internos en Acreditación de IPRESS. 12. Acreditación de las IPRESS con resultados de autoevaluación igual o mayor al valor aprobatorio, de acuerdo a la norma sectorial vigente.
3. Acreditación de las IPRESS de EsSalud	5. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención	13. Revisión y actualización de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos. 14. Formulación de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos: Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis y gestión de los eventos centinela. 15. Reactivación y actualización del aplicativo del Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos. 16. Desarrollo de Jornada de Jornada de Difusión y Sensibilización de Prácticas Seguras y Prevención de los Eventos Adversos: Higiene de manos y Prevención de úlceras por presión. 17. Actualización de las directivas de las
4. Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	5. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención	13. Revisión y actualización de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos. 14. Formulación de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos: Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis y gestión de los eventos centinela. 15. Reactivación y actualización del aplicativo del Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos. 16. Desarrollo de Jornada de Jornada de Difusión y Sensibilización de Prácticas Seguras y Prevención de los Eventos Adversos: Higiene de manos y Prevención de úlceras por presión. 17. Actualización de las directivas de las
	5. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención	13. Revisión y actualización de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos. 14. Formulación de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos: Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis y gestión de los eventos centinela. 15. Reactivación y actualización del aplicativo del Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos. 16. Desarrollo de Jornada de Jornada de Difusión y Sensibilización de Prácticas Seguras y Prevención de los Eventos Adversos: Higiene de manos y Prevención de úlceras por presión. 17. Actualización de las directivas de las

Eje estratégico	Objetivo	prácticas seguras. Actividad
5. Humanización de la Atención de Salud	6. Diseñar, monitorear y evaluar la implementación de una cultura por la humanización de la atención en salud	18. Fortalecimiento de las competencias del personal de salud de las áreas críticas de las IPRESS en seguridad del paciente. 19. Gestión de riesgo a partir de los resultados del estudio IBEAS – ESSALUD 20. Elaboración del Plan de Humanización en la Atención de Salud. 21. Conducción de la “Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud”. 22. Reconocimiento del Símbolo humanizador y del Servicio Humanizado. 23. Fortalecimiento de las Competencias de los colaboradores en Humanización de la atención. 24. Evaluación del Impacto en los usuarios internos y externos de la cruzada por la humanización.

Figura 4. Plan de Gestión de la Calidad de la Sede Central EsSalud 2016-2017

2.5.5. La Salud Renal y su atención en los establecimientos de EsSalud

El Seguro Social de Salud, dentro de su organización cuenta con 05 grandes Órganos Desconcentrados, siendo uno de ellos el Centro Nacional de Salud Renal – CNSR, pertenece al III nivel de atención alta complejidad; otorga tratamiento de diálisis a los asegurados y derecho habientes con Enfermedad Renal Crónica que les son transferidos de las Redes Asistenciales de Lima; a nivel nacional evalúa el sistema de atención integral de la Enfermedad Renal Crónica, y propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica para dicha especialidad (EsSalud, 2019).

En el Perú, el registro de pacientes renales de EsSalud describe un crecimiento de la incidencia, que pasó de 163 pmp en 1998 a 237 pmp en el año 2012. De acuerdo a estudios se conoce que más del 50% de la población requiere algún tipo de Terapia de Reemplazo Renal y no la está recibiendo. Existen regiones del país donde el MINSA no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de éstos pacientes, ni con nefrólogos para su atención.

En el año 2015 Essalud, no obstante, sus limitaciones recursos económicos, para atender la alta tasa demográfica de los usuarios y/o pacientes, registró un 1 millón

261 mil 259 sesiones de hemodiálisis, de los cuales 25% son realizados con recursos propios y el 75% con servicios contratados (Fuente: Gerencia Central de Planificación y Desarrollo - Sistema Estadístico de Salud- 2015).

La demanda de servicios ejecutados supera a la demanda estimada u ofertada sobre todo en los principales hospitales de la ciudad de Lima y Callao, así como de las regiones más importantes del País. Con relación a la oferta de servicios de hemodiálisis se puede apreciar que la mayor oferta del servicio proviene de la empresa privada en un 60% versus un 40% del sector público. Igualmente, la oferta de servicios está concentrada en Lima con un 34% así como en la región Norte con un 28,6%, siendo más baja en la región oriental con un 9,5% (Cetrangolo, Bertranou, Casanova & Casalí, 2013, p.58)

El Seguro Social de Salud–EsSalud, actualmente atiende a una población de 6,126 pacientes a nivel nacional. El Centro Nacional de Salud Renal brinda atención aproximadamente a 330 pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis, 50 pacientes en Tratamiento de a Diálisis Peritoneal y 3,727 pacientes en 40 Centros Contratados de Diálisis. La mayor cantidad de pacientes se encuentran en las Centros Contratados de Diálisis – IPRESS, ello debido al incremento progresivo en la prevalencia de la ERC avanzada que requiere tratamiento sustitutivo debido al incremento de Diabetes Mellitus, Hipertensión y otros, como el envejecimiento de la población (ESSALUD, 2016).

La IPRESS contratados, están ubicadas en lugares accesibles a los pacientes y otorgan horarios de tratamiento estandarizados esto es, el primer turno, que comprende desde las 07:00 a las 10:30; segundo turno, desde las 11:00 a 14:30; tercer turno, desde las 15:00 a 18:30; y cuarto turno, desde las 19:00 a las 22:30 horas respectivamente.

En suma, las reformas del sistema de salud en el Perú responden a la política neoliberal que continua excluyendo los derechos a la salud de los peruanos, el acceso a los servicios y la calidad son más inequitativos y excluyentes.

Si bien los logros del precursor de la seguridad social peruana Edgardo Rebagliati Martins fueron sobresalientes hace 78 años, entonces la población peruana era poco más de seis millones de habitantes. Actualmente es más de 30 millones y los hospitales y emergencias resultan exiguas y totalmente congestionadas. La inequidad

se refleja sobre todo en las enfermedades de alto costo como es la Enfermedad Renal Crónica estadio V que presentan los pacientes que llegan a los servicios de emergencia, consulta y hospitalización cada vez más congestionados; debido q que los hospitales no cuentan con capacidad resolutive para atender esta enfermedad que requiere atención, medicamentos y equipos en los distintos niveles regionales, provinciales y distritales. El derecho a la salud, el acceso a los servicios, el aseguramiento social, el sistema nacional de salud y la situación del sector en general no muestran avances debido principalmente a una rectoría que involuciona permanentemente con la política de mercado y determina la ausencia de una política social integral.

Tipos de Tratamiento

Los pacientes con Enfermedad Crónica acceden a tres tipos de tratamiento: Terapia de Hemodiálisis; Terapia de Diálisis Peritoneal; y el Trasplante Renal.

El CNSR brinda la terapia de Hemodiálisis de manera directa o a través de oferta contratada, además brinda la terapia de Diálisis Peritoneal. En ambos casos, existe la atención de un equipo multidisciplinario calificado centrado en brindar una atención con calidez y comprometido con la condición humana.

Paciente Renal

EsSalud atiende una demanda anual de más de tres mil pacientes nuevos que debutan con Enfermedad Renal Crónica en estadio V, las principales causas son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades glomerulares; enfermedad que se considera problema de salud pública mundial debido a su creciente incidencia, prevalencia y a los elevados costos que demanda su atención en el estadio V.

Dada la complejidad de la enfermedad que padecen los pacientes renales, en el año 2008 se aprobó el **Plan Nacional de Salud Renal de EsSalud**, con el propósito de promover la salud renal, prevenir y disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad renal crónica en la población asegurada de ESSALUD, siendo necesaria la implantación de acciones de promoción de la salud renal. En el 2009 se implementó la Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal –EsSalud con la finalidad de prevenir la enfermedad renal crónica a través de la Promoción de la

Salud Renal en la población asegurada de EsSalud; para ello cuenta con personal multidisciplinario altamente calificado y especializado que brinda la atención personalizada a nuestros pacientes renales en todos los centros asistenciales de I nivel de atención y de Hospitales con población adscrita de EsSalud (Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud-062-GCPS-EsSalud 2009, pp.1-2)

Entre los Objetivos Específicos se encuentran:

- ✓ Fortalecer las capacidades del personal de salud de las Redes Asistenciales de EsSalud en promoción de la salud renal.
- ✓ Sensibilizar a la población a través de la información, educación y comunicación (IEC) para lograr el desarrollo de actitudes y prácticas saludables en salud renal.
- ✓ Garantizar la participación comunitaria efectiva en las acciones que conlleven la promoción de la salud renal a través de la formación de grupos comunitarios como los Promotores Educadores de Pares.
- ✓ Favorecer en los espacios de reflexión local el abordaje de la problemática de la ERC en la Salud Pública, para la generación de iniciativas conjuntas de promoción de la salud renal; mediante la coordinación intersectorial (alianzas estratégicas - concertación en salud).

Para ello define las siguientes estrategias, que se detallan en la Figura 5:

Comunicación y Educación para la Salud	Participación Comunitaria	Empoderamiento Social Intersectorial para la Salud Renal
Desarrollar actividades de Educación para la Salud con temas relacionados al cuidado del Riñón, realizando charlas y talleres grupales; con lo que se generará comportamientos y habilidades orientados a preservar la salud renal.	Los Promotores Educadores de Pares realizarán acciones de involucramiento de la población o grupos objetivos, sensibilizando a la población objetivo en el cuidado de los riñones.	Incursionar en los espacios de concertación en temas de salud a nivel sectorial, de gobierno local y organizaciones de base enfatizando el análisis del problema de la Enfermedad Renal Crónica, para asegurar que se habiliten acciones preventivas que contribuyan a reducir las etapas avanzadas de la Enfermedad Renal Crónica.

Figura 5. Fuente: Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal del Seguro Social de Salud- 2009

2.6. Marco Conceptual y/o Glosario

Calidad

Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario (Fernández, 2014).

Usuario

Es la persona que consume un producto o servicio de una organización.

Confianza

Es un fenómeno personal y subjetivo al que se le ha prestado mucha atención; se basa en diversos factores o elementos de prueba, de los cuales unos tienen mayor peso que otros.

Calidad Técnica

La calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de modo que rindan los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos.

El valor percibido

El valor percibido se entiende como un juicio o una valoración que realiza el usuario de la comparación entre beneficios o utilidad obtenidos de un producto o servicio y los sacrificios o costes percibidos.

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La Enfermedad Renal Crónica es una patología que afecta estructural y/o funcionalmente a los riñones y se determina por los siguientes criterios:

- ✓ Evidencia de daño renal (con o sin disminución de su función) presente por más de 3 meses y manifestada por cambios en la composición de la sangre u orina como proteinuria o hematuria y alteraciones en las pruebas de imagen como cicatrices o quistes.
- ✓ Función renal disminuida, con TFG < 60 mUmin/1.73 m² presente por ~ 3 meses, con o sin evidencia de daño renal (Guía de Práctica Clínica, EsSalud, 2010).

La Hemodiálisis

Es una terapia intermitente que se realiza, convencionalmente, 3 veces por semana, en un período que oscila entre 3 y 5 h, lo cual obliga a restricciones importantes en su dieta y la ingesta de líquidos durante el tiempo que va de un tratamiento al otro, además, debe acudir al hospital 3 veces por semana para recibir el tratamiento, lo que crea una extraordinaria dependencia, tanto objetiva como psicológica, al riñón artificial y limita su actividad social y laboral (Borroto *et al.*, 2007).

Elementos tangibles

La apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad (Zeithman y Bitner, 2002).

Competencia profesional

Referido a los conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permite la realización exitosa de una actividad.

Capacidad de respuesta

Disponibilidad para ayudar a los usuarios y para proveer el servicio con prontitud. (Zeithman y Bitner, 2002).

Seguridad

Conocimientos y atención mostrados por el personal y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza al usuario (Redhead, 2015).

Empatía

Es la capacidad que tiene una persona para conectarse a otra y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él.

Accesibilidad

Se define como el grado por el cual las personas están en capacidad de acceder y recibir atención y servicios del sistema de salud de manera integral y oportuna.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

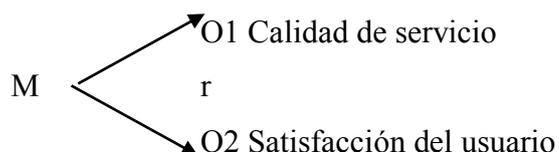
3.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación, es de tipo aplicativo, ya que se originó en la existencia social de los pacientes que padecen de ERC estadio V, con la finalidad de contribuir a mejorar su calidad de vida. Es descriptiva, porque ha puesto de manifiesto las características actuales que presenta un fenómeno determinado causado por la enfermedad renal crónica. En este caso, el estudio trata de identificar la relación entre calidad de servicio y la satisfacción del usuario que asiste a los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao.

3.2. Diseño de Investigación

El Diseño de investigación es No Experimental de tipo transversal, porque no se realiza manipulación deliberada de las variables, y es transversal, porque se recopila datos en un solo momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de la investigación es el siguiente:



M = Muestra de usuarios externos de los centros contratados de hemodiálisis en Lima y Callao

O1 = Son las observaciones calidad de servicio.

O2 = Son las observaciones satisfacción del usuario.

r = Es la correlación entre las variables observadas.

Método General

Se ha utilizado el Método Científico como método general

Método Específico:

Es una investigación de metodología mixta: cuantitativo y cualitativo. La investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista en conteos y la magnitud de estos. El tipo cualitativo nos ha proporcionado profundidad a los datos, riqueza interpretativa contextualización del ambiente y aportará un punto de vista natural y holístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, pp.15-16).

3.3.Nivel de investigación

El nivel de la presente investigación es correlacional porque se propone describir y analizar la relación entre la calidad del servicio y el nivel de satisfacción del paciente en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao.

3.4.Muestra de la investigación

La población en estudio es de 3727 usuarios externos de los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud de Lima y Callao. La muestra se obtuvo mediante el muestreo probabilística y aleatoria simple, quedando conformada por 349 usuarios externos que reciben tratamiento en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud – EsSalud en Lima y Callao.

Determinación de la muestra

Formula: $n = z^2 p \cdot q$

Donde:

Z: nivel de confiabilidad

P: éxito

Q: fracaso

E: error

$$\frac{n = 1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2} \Rightarrow n = 385 \text{ (Población)}$$

$$N = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}} \Rightarrow N = \frac{385}{1 + \frac{384}{3,727}} \Rightarrow N = 349$$

Los criterios para seleccionar el tamaño de la muestra, son los siguientes:

Población:	3727
Nivel de confianza:	0.95
Error de muestreo:	0.05
Varianza poblacional:	0.50
Tamaño de la muestra:	349

3.5.Unidad de análisis

La unidad de análisis está conformada por los pacientes usuarios que reciben tratamiento a la enfermedad renal crónica (ERC) en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud de Lima y Callao.

3.6.Temporalidad

El espacio temporal de la investigación ha comprendido el período: enero de 2016 a diciembre de 2017.

3.7.Técnicas de recolección de datos

En la investigación social, la encuesta se considera en primera instancia como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida. El cuestionario constituye

el instrumento de recogida de los datos donde aparecen enunciadas las preguntas de forma sistemática y ordenada, y en donde se consignan las respuestas mediante un sistema establecido de registro sencillo (López-Roldan y Fachelli, 2015, p.8).

Para la parte cuantitativa del estudio se aplicó la técnica de la Encuesta a 349 usuarios y/o pacientes externos que reciben tratamiento en los centros contratados de Hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao.

La técnica empleada en la metodología cualitativa, fue la entrevista. Según Savin-Baden y Major, (2013) y King y Horrocks (2010) citados en Hernández, Fernández y Baptista (2014), refieren que la entrevista cualitativa es íntima, flexible y abierta. Los tipos de entrevista se clasifican en: estructuradas, semi-estructuradas y no-estructuradas o abiertas.

En las entrevistas no estructuradas o abiertas existen varios enfoques, uno de ellos es la de Taylor y Bogdan (1992) que señala que,

La entrevista en profundidad como reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal y como las expresan con sus propias palabras.

En la parte cualitativa se empleó la entrevista a profundidad y se aplicó a 10 usuarios externos.

Los datos se recolectaron mediante los siguientes instrumentos:

Análisis documental: Comprende la revisión del material bibliográfico y documental de la calidad de atención y nivel de satisfacción del paciente, así como encuestas, reportes entre otros.

Cuestionario: Se utilizó como instrumento un cuestionario con el método de escalamiento de Likert, la medición del cuestionario consta de 5 valores: (i) Nunca; (ii) Rara vez; (iii) A veces; (iv) Frecuentemente; y (v) Siempre.

El cuestionario consta de presentación, datos generales, datos específicos, y 28 preguntas que miden la calidad de la atención y el nivel de satisfacción de los pacientes de los centros contratados de hemodiálisis. Se explicó a los pacientes y familiares el objetivo de la investigación y se aplicó la encuesta a los pacientes en forma anónima y voluntaria, de acuerdo a los turnos programados mañana tarde y noche respectivamente.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó la encuesta, y se obtuvo el resultado de un coeficiente alfa de Cronbach de 0.941, lo que refleja que existe un alto nivel de confiabilidad para ser aplicado.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,941	35

La información se analizó utilizando el programa de SPSS 24.0, se elaboraron las tablas univariadas y bivariadas, a las que les aplicó pruebas estadísticas, para determinar el grado de asociación entre las variables.

3.8. Variables

3.8.1. Identificación de las variables

Variable Independiente: calidad de Servicio

Según Parasuraman et al, 1985, citado en Duque, Edison, & Chaparro (2012, p.165) “resultado de la comparación que el usuario establece entre el servicio esperado con el servicio percibido en función del elemento tangible, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía”.

Variable Dependiente: satisfacción del usuario

Según Zeithaml y colaboradores 2009, citado en Zuleta, Clemenza, & Araujo (2014, p. 220) “la satisfacción del usuario se identifica en la evaluación que se da a un producto o servicio en función de sí el mismo ha cumplido sus necesidades y expectativas”.

3.8.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ÍTEMS
CALIDAD DE SERVICIO	La calidad de servicio es una modalidad de actitud relacionada pero no equivalente a satisfacción que resulta de la comparación entre las expectativas y percepciones del desempeño del servicio.	Elementos tangibles	Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los ambientes de éste Centro (Salas, Hall, SS.HH.) están limpios y ordenados? • ¿Cómo considera la presentación e higiene del personal del centro?
			Señalización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo considera la señalización (entrada, salida, vías de escape de emergencia, etc.) y/o indicaciones para orientarlo?
			Iluminación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo considera la iluminación de los ambientes por donde transita?
			Comodidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo considera el estado de las sillas de la sala de espera? • ¿Cómo considera el estado de los sillones para hemodiálisis?

		Capacidad de Respuesta	Disposición	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Recibe atención inmediata cuando se le presenta molestias como: calambres, dolor de cabeza, vómitos, etc.? • ¿El Personal de Salud le indica que lo llame si se siente con malestar?
			Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el médico le brinda el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?
		Empatía	Atención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El personal de salud estuvo dispuesto a atenderlo frente a sus necesidades y problemas?
			Comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el personal de salud brinda información y atención personalizada? • ¿Considera que el personal de salud comprende sus necesidades y problemas?
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Evaluación que realiza el usuario respecto del servicio responde a sus necesidades	Confianza	Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el personal de Salud le transmite confianza y seguridad durante su atención? • ¿Considera que durante su tratamiento, la máquina de hemodiálisis presenta fallas?

	y expectativas		Cortesía	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el trato que se le brinda en la mayoría de veces es amable?
		Calidad Técnica	Habilidades Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que el personal médico le brinda información acerca de sus resultados de laboratorio y del tratamiento que debe seguir? • ¿Considera que la enfermera tiene suficiente habilidad para el manejo de agujas?
		Valor Percibido	Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que la atención que le brinda el personal de salud es el esperado? • ¿Considera que el personal de salud respeta su privacidad durante su atención?
			Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente conforme con el trabajo del personal de salud que lo atiende? • ¿Le complace que el personal de salud lo trate con respeto y paciencia?
			Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente cómodo con el ambiente físico que le brinda el centro?

3.8.3. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			METODOLOGÍA
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>Principal</p> <p>¿En que medida la calidad de servicio se relaciona con la satisfacción del usuario externo en los Centros Contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?</p>	<p>General</p> <p>Determinar la relación existente entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario externo en los Centros Contratados de Hemodiálisis de EsSalud de Lima y Callao, 2017.</p>	<p>General</p> <p>La calidad de servicio se relaciona significativamente con la satisfacción del usuario externo en los Centros contratados de Hemodiálisis de Lima y Callao, 2017.</p>	<p>Variable Independiente calidad de servicio</p>	<p>• Elementos Tangibles</p>	<p>Limpieza</p> <p>Señalización</p> <p>Iluminación</p> <p>Comodidad</p>	<p>1. Tipo Aplicada</p> <p>2. Nivel Correlacional</p> <p>3. Método Cuantitativo y Cualitativo</p> <p>4. Diseño No Experimental</p> <p>5. Población 3,727</p> <p>6. Población y Muestra</p> <p>• Población:</p>
<p>Específicos</p> <p>1. ¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con la confianza en los centros de contratados de Hemodiálisis de EsSalud</p>	<p>Específicos</p> <p>1. Determinar la relación existente entre calidad de servicio y la confianza en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.</p>	<p>Específicas</p> <p>1.La calidad de servicio se relaciona significativamente con la confianza en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud</p>		<p>• Capacidad de Respuesta</p>	<p>Comunicación</p> <p>Disposición</p>	
				<p>• Empatía</p>	<p>Atención</p> <p>Comprensión</p>	

en Lima y Callao, 2017?		en Lima y Callao, 2017.	Variable Dependiente satisfacción del usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza • Calidad Técnica • Valor percibido 	Seguridad Cortesía Habilidades Eficacia Resultado Desempeño Percepciones	3,727 <ul style="list-style-type: none"> • Tamaño de la muestra: 349 • Nivel de 0.95 • Error de muestreo 0.05 • Varianza poblacional : 0.50
2. ¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con la calidad técnica en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?	2. Determinar la relación existente entre la calidad de servicio y la calidad técnica en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.	2. La calidad de servicio se relaciona significativamente con la calidad técnica en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.				
3. ¿En qué medida la calidad de servicio se relaciona con el valor percibido en los centros de contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017?	3. Determinar la relación que existente entre la calidad de ser vicio y el valor percibido en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.	3. La calidad de servicio se relaciona significativamente con el valor percibido en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.				

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de Resultados

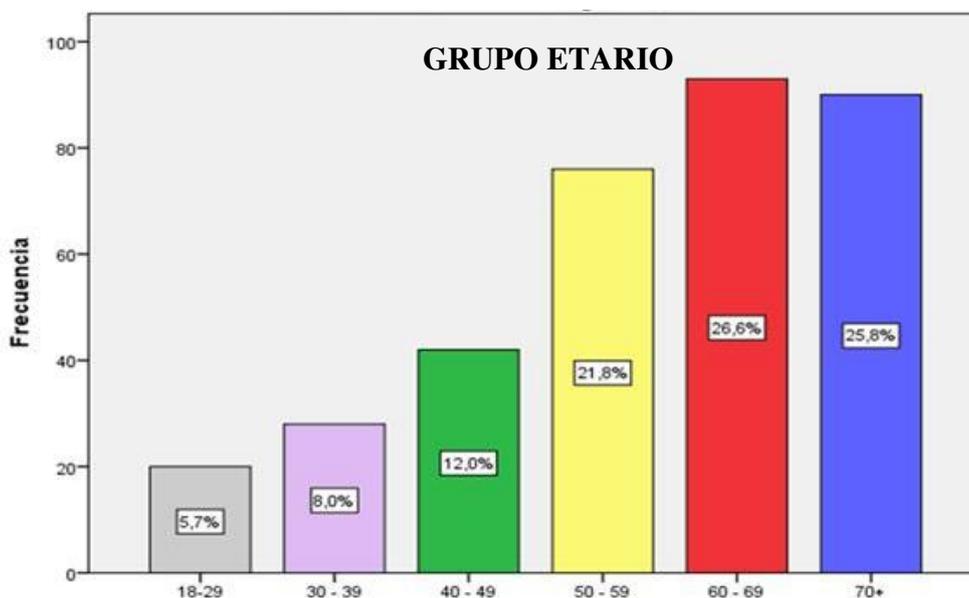


Figura 6: Edad de usuarios según grupo etario en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El grupo etario predominante es de 60 a 69 años que representa el 26.6%, el 25.8% tiene de 70 a más años, siendo el grupo de edad predominante adultos mayores que presentan enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión Arterial, los que representan factores de riesgo en la Enfermedad Renal Crónica estadio V; mientras que el 5.7% tiene entre 18 a 29 años, siendo una población joven; la población adulta es el siguiente rango de grupo etario que le sigue al predominante representado por el 8% tiene entre 30 a 39 años, el 12% tiene entre 40 a 49 años, el 21.8% tiene entre 50 a 59.

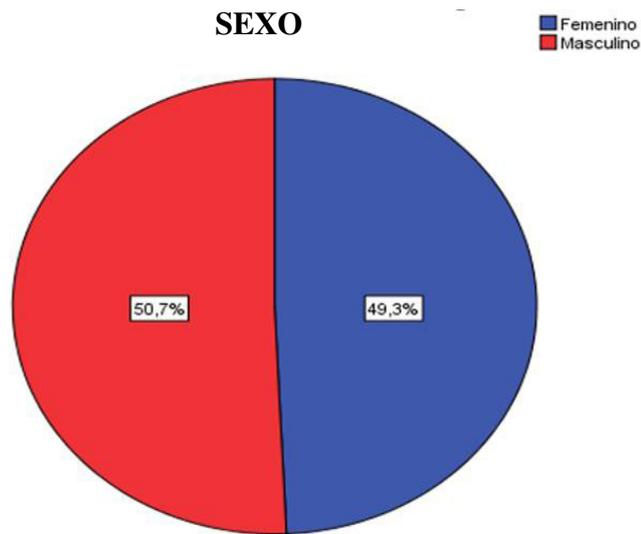


Figura 7: Sexo de los usuarios en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 50,7% de la población en estudio es de sexo masculino y el 49,3% es femenino.

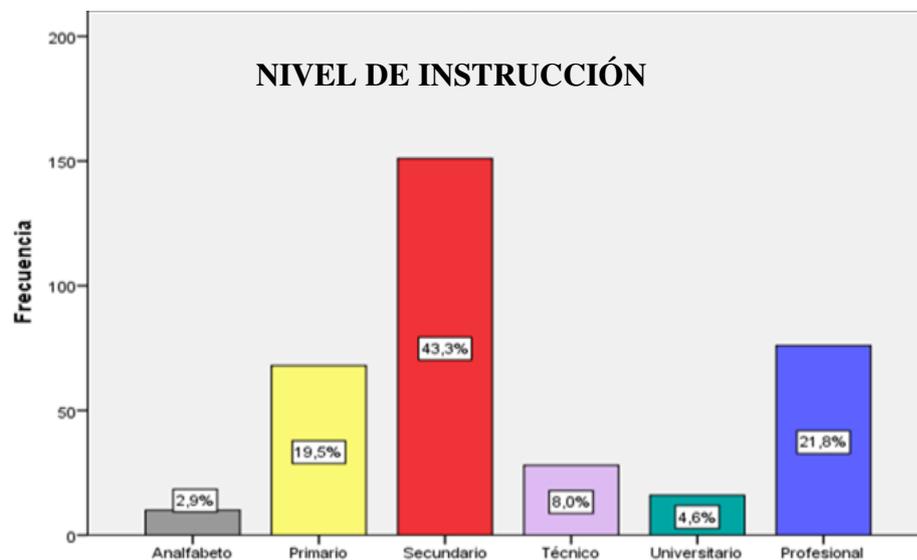


Figura 8: Nivel de instrucción de los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 43.3% de la población en estudio tiene un nivel secundario, el 21.8% alcanzaron el nivel superior; lo cual nos permite afirmar que cuentan con un nivel de conocimiento para aportar en su tratamiento, el 19.5% tiene nivel primario, el 8% tiene nivel técnico, el 4.6% tiene estudios universitarios, mientras que el 2.9% son analfabetos.

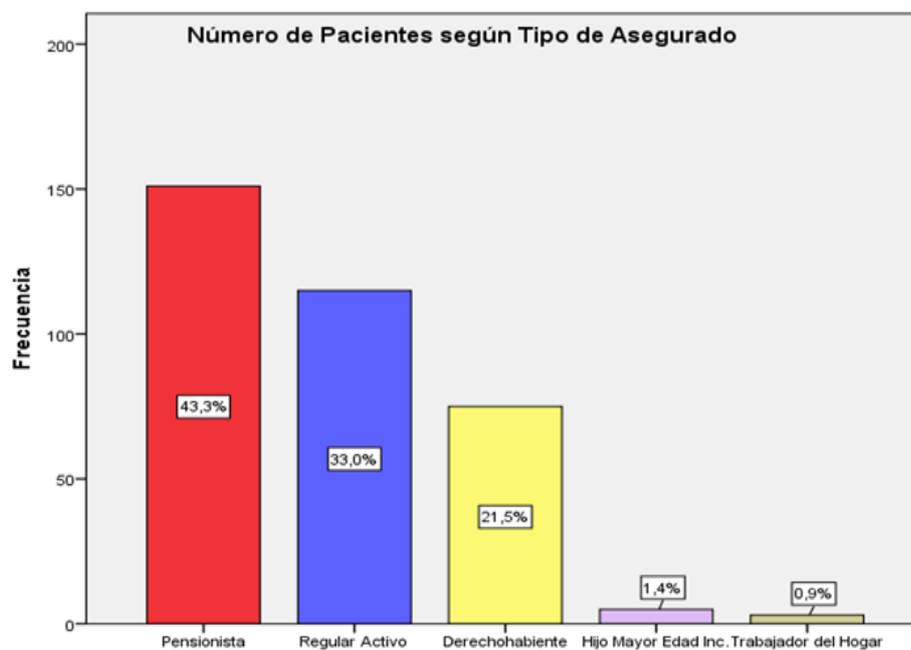


Figura 9: Tipo de seguro de los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 43.3% de la población en estudio tiene la condición de pensionista., seguido del 33.0% que tienen un seguro regular obligatorio, el 21.5% son derechohabientes del titular: cónyuge o concubino, el 9% son trabajadores del hogar.

HOSPITAL DE PROCEDENCIA

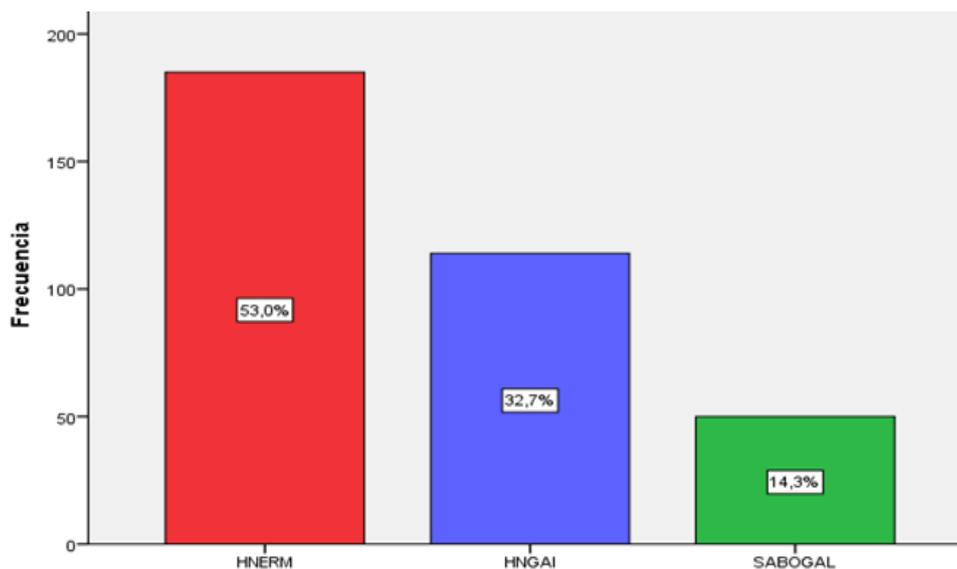


Figura 10: Usuarios según hospital de procedencia en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 53% de la población en estudio proceden del Hospital E. Rebagliati Martins, el 32,7% proceden del Hospital G. Almenara Irigoyen y el 14,3% proceden del H. A. Sabogal.

ZONA DE UBICACIÓN DEL CENTRO DE HEMODIALISIS

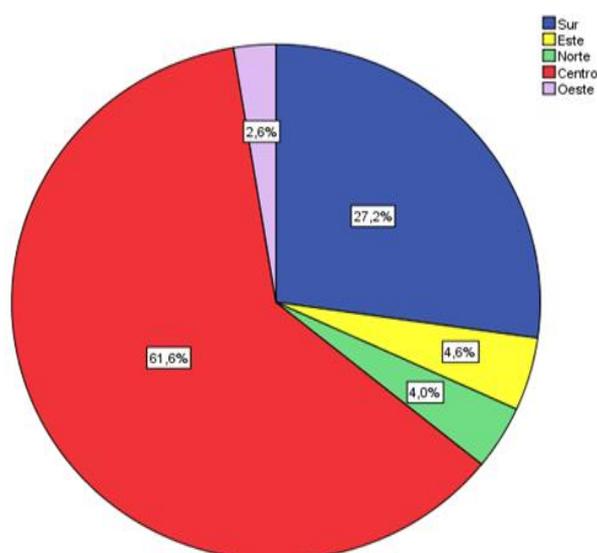


Figura 11: Usuarios según zona de ubicación en los Centros Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 61.6% de la población en estudio recibe tratamiento de hemodiálisis en centros ubicados en la zona centro (Cercado de Lima, La Victoria, Jesús María, Pueblo Libre). El 27.7% de los pacientes se encuentran recibiendo tratamiento en la zona Sur (Chorrillos, Surco, Villa María, Surquillo); es decir la mayoría de ellos pertenecen al estrato social C, zonas urbano y urbano marginales, cuentan con un nivel de preparación técnica y son trabajadores dependientes.

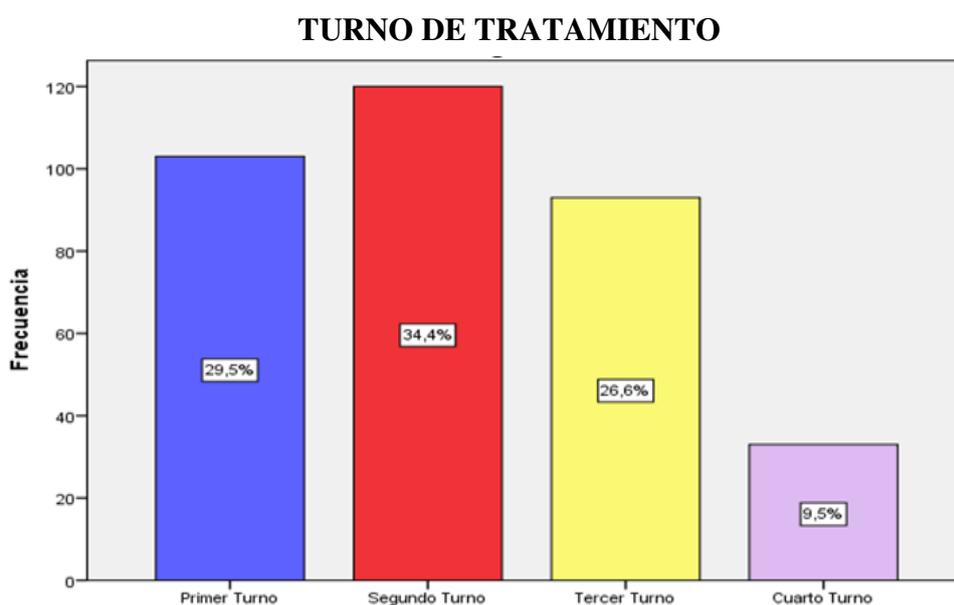


Figura 12: Usuarios según turno de atención en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 34.4% de la población en estudio se encuentra recibiendo tratamiento de hemodiálisis en el 2do turno de atención: 11:00 am a 3:00 p.m., el 29.5% de la población entrevistada se encuentra recibiendo tratamiento en el 1er turno de 7:00am a 10:30am, siendo estos turnos los más solicitados por los pacientes adultos mayores, familiares y/o cuidadores que tienen organizado su tiempo en sus trabajos o responsabilidades del hogar, de tal forma que les permite organizarse para realizar otras actividades durante la tarde, luego de terminado su tratamiento; un 26.6% se encuentra en el tercer turno de 3:30pm a 6:30pm y el 9.5% corresponde al 4to turno de 7:30pm a 10:30 pm, siendo este último turno caracterizado por pacientes jóvenes que trabajan, que acuden a su tratamiento luego de terminado su jornada laboral.

TIEMPO DE TRATAMIENTO

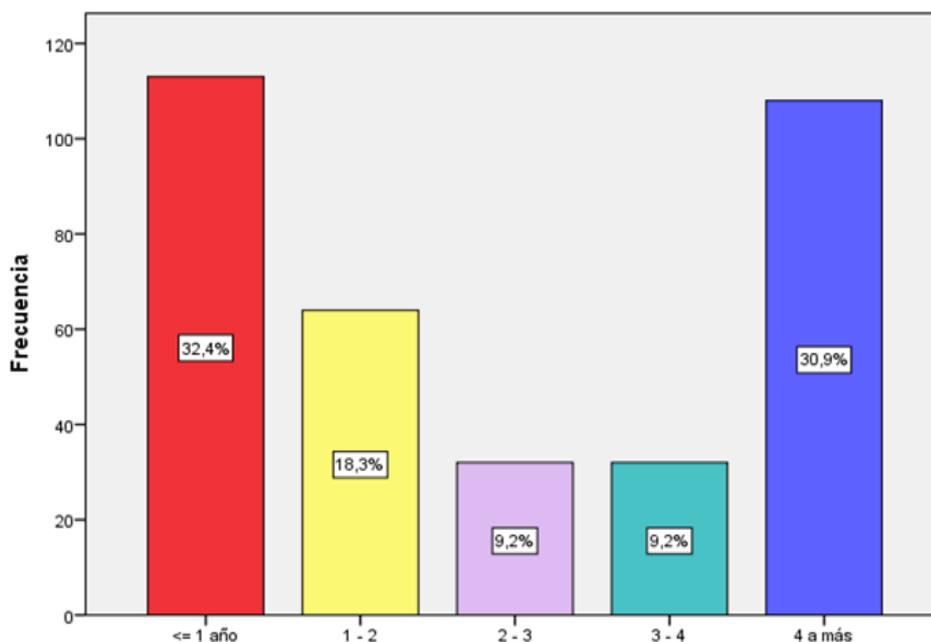


Figura 13: Usuarios según tiempo de tratamiento en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 32.4% de la población en estudio tienen menos de un año de tratamiento de hemodiálisis, el 30.9% tiene 4 años o más de tratamiento, lo cual indica que son pacientes que se encuentran en la fase de adaptación al tratamiento caracterizado por muchos cambios, angustias, temores, problemas financieros, entre otros; en menor proporción le sigue el 18.3% de pacientes que tiene de 1 a 2 años, el 9.2% tiene de 2 a 3 años y el mismo porcentaje tiene de 3 a 4 años de tratamiento, caracterizado por un nivel de adaptación al tratamiento, mayor seguridad y confianza en el equipo de salud.

Resultados de las Dimensiones de Calidad de Servicio

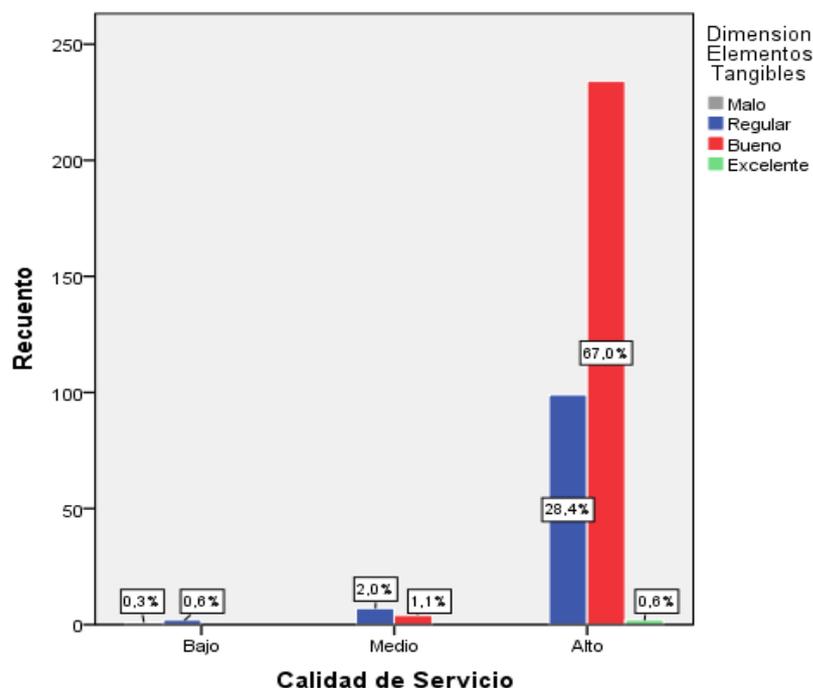


Figura 14: Elementos tangibles en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 67% de pacientes percibió un nivel alto de calidad de servicio y calificaron buenas condiciones de limpieza y orden, un 28% calificó condiciones regulares en el estado de los sillones de tratamiento, un 3,1% señala que es de nivel medio la calidad del servicio, de ellos el 2% calificó que presentaron condiciones regulares, y solo el 0,9% señala que es de un nivel bajo la calidad de servicio en relación a los aspectos tangibles. Este resultado refleja que los pacientes en su mayoría se sienten satisfechos con los aspectos tangibles, le otorgan una valoración positiva a las instalaciones, al orden, limpieza y confort y sobre todo el trato humano que reciben de parte del equipo de salud.

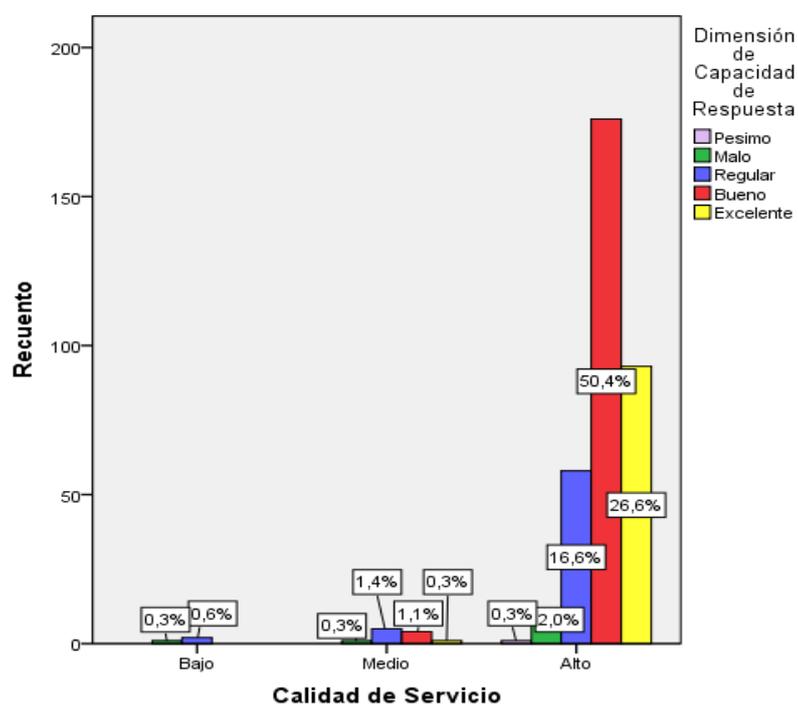


Figura 15: Capacidad de Respuesta en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud.

Fuente: Elaboración propia.

El 50,4% señaló un nivel alto de calidad de servicio y calificaron como buena la capacidad de respuesta del personal, el 26,6% calificó excelente la disposición y voluntad del personal para atender sus necesidades inmediatas durante la hemodiálisis (dolor de cabeza, vómitos, calambres, etc.), un 16,6% calificó de regular, mientras que el 3,1% señaló que es de nivel medio la calidad de servicio y sólo el 0,9% señaló que es de nivel bajo la calidad de servicio. Los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de pacientes reconocen que el personal provee una atención personalizada, de manera rápida y oportuna con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable, lo que le permite sentirse seguro y en confianza durante su tratamiento de diálisis.

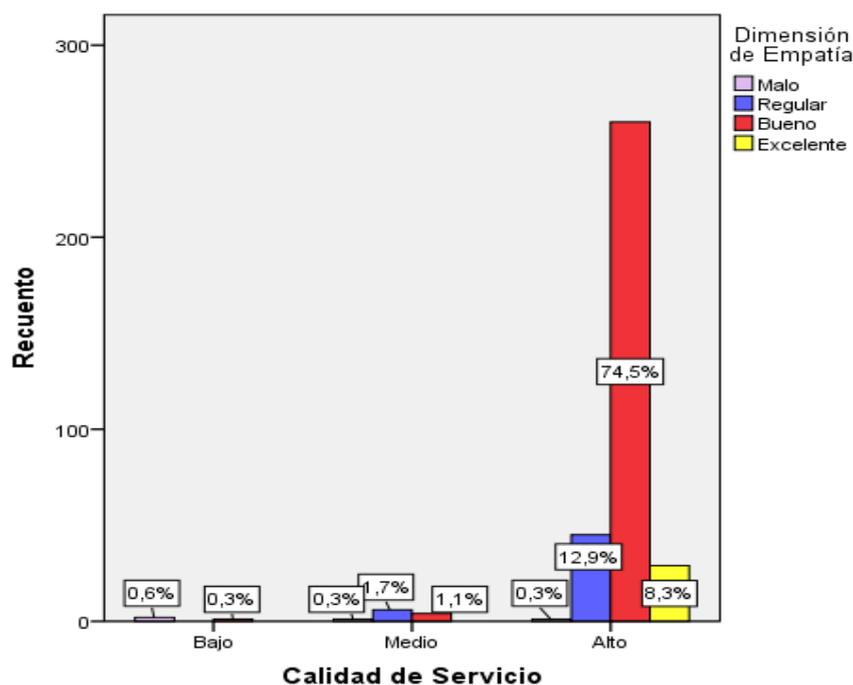


Figura 16: Empatía en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 74.5% de la población en estudio señaló un nivel alto de calidad de servicio y calificaron de buena la capacidad de empatía, el 12.9% lo califica de regular, un 8.3% lo calificó de excelente. El 3.1% percibió un nivel medio de calidad de servicio y el 0.9% percibió una baja calidad de servicio. Los resultados reflejan que los pacientes reconocen que el personal tiene buena capacidad de empatía, a través de la comunicación y el trato que brindan, las relaciones interpersonales de afecto y de comprensión a sus necesidades y problemas, otorgando una atención personalizada de tal manera que logra que el paciente se sienta muy bien con él, siendo este un aspecto importante en su terapia y recuperación para su mejor calidad de vida.

SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

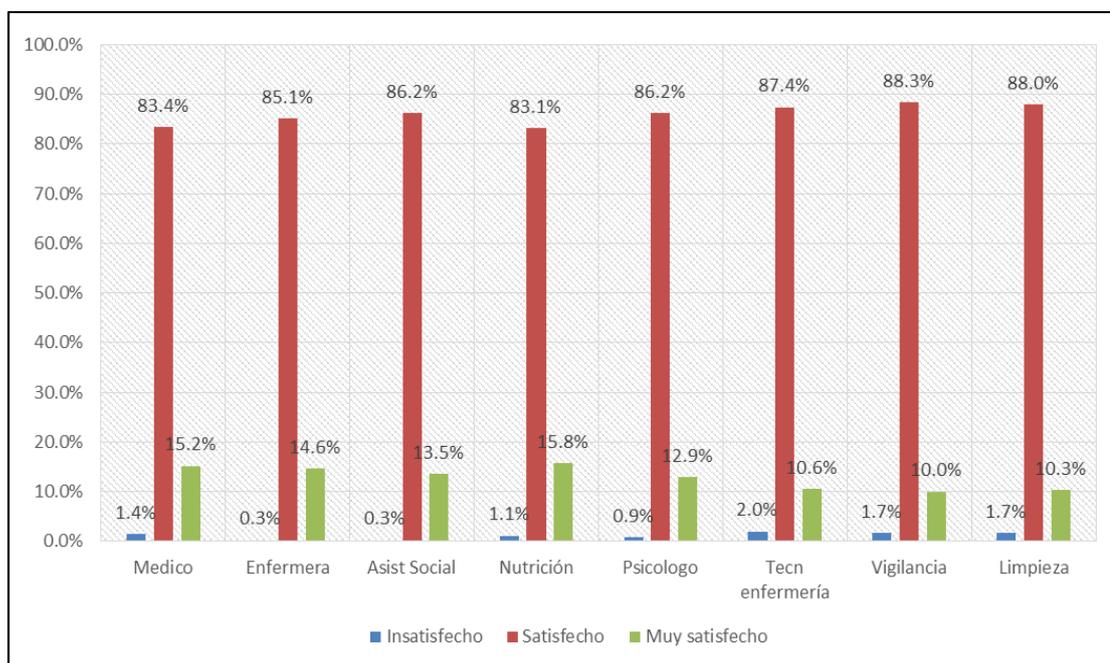


Figura 17: Nivel de Satisfacción de la Atención del Personal de Salud en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 80% de la población en estudio señalaron sentirse satisfechos con la atención de todo el personal de salud; el 85.1% se encontró satisfecho y un 14.6% muy satisfecho con la atención del personal de enfermería; presentando el mismo porcentaje total el profesional de Trabajo Social con el 86.2% y 13.5% satisfecho y muy satisfecho respectivamente. Un mínimo porcentaje de 1.7% se encontró insatisfecho con el personal de limpieza y vigilancia. Estos resultados demuestran que los pacientes se encuentran muy satisfechos con la atención de enfermería y trabajo social, reconociendo que mantienen un vínculo más cercano con el paciente y familia, debido al abordaje de su intervención y su identificación con el mismo.

4.2.Prueba de Hipótesis

Hipótesis General

La calidad de servicio no se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción del usuario externo en los Centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

H1. La calidad de servicio se relaciona significativamente con el nivel de satisfacción del usuario externo en los Centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	237,535 ^a	8	.000
Razón de verosimilitud	129.892	8	.000
Asociación lineal por lineal	115.400	1	.000
N de casos válidos	349		

a. 9 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

Usando la prueba chi cuadrado, observa que el valor $p < \alpha = 5\%$, se rechaza la H_0 ; y se concluye con un nivel de significancia del 5%, que existe una relación significativa entre la calidad de servicio y el nivel de satisfacción de los usuarios externos en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao.

SATISFACCIÓN Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO

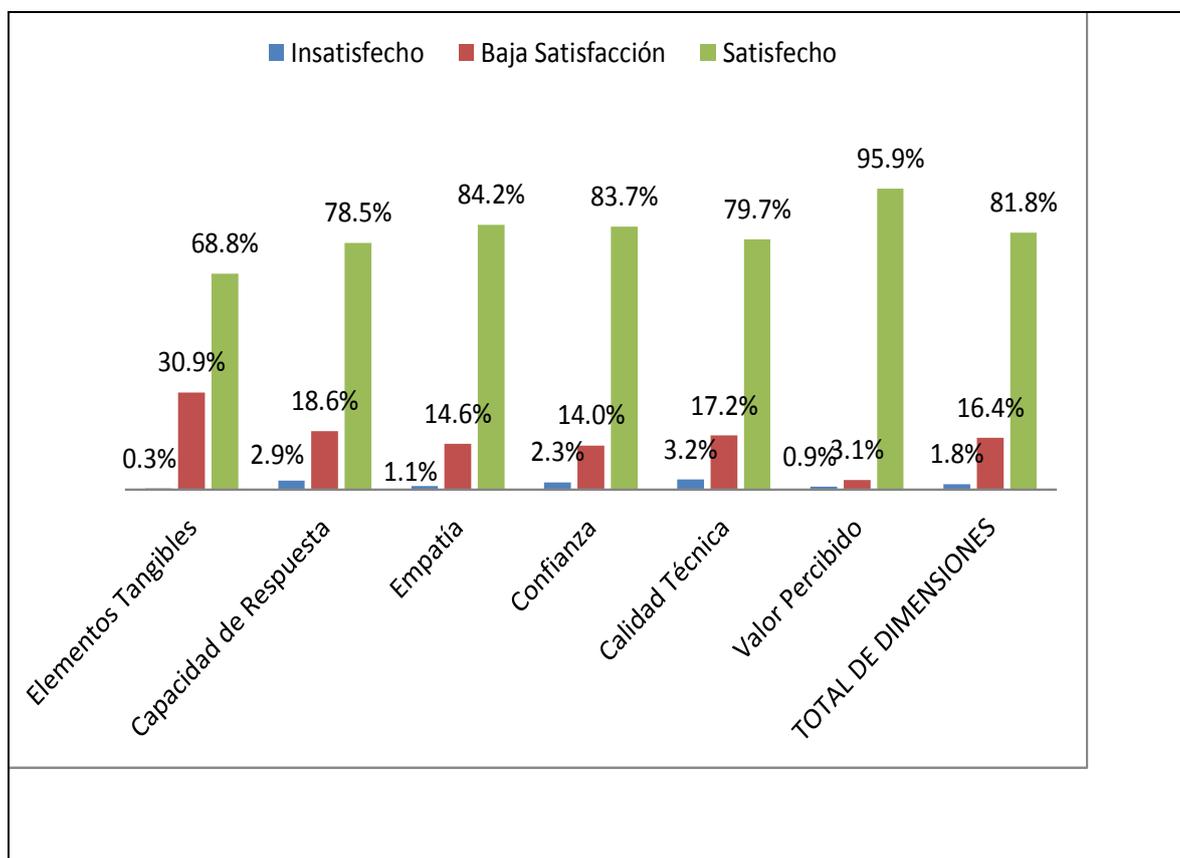


Figura 18: Nivel de Satisfacción según Dimensiones de la Calidad de Servicio en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

De los resultados obtenidos el nivel de satisfacción global alcanzó el 81.8%. La dimensión de valor percibido alcanzó el 95.9% seguido de la dimensión de empatía con el 84.2% de pacientes satisfechos, la dimensión con menor porcentaje de pacientes satisfechos resultó tangibilidad con un 69%.

Hipótesis Específica 1

Ho. La calidad de servicio no se relaciona significativamente con la confianza en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

H1.La calidad de servicio se relaciona significativamente con la confianza en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	159,577 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	98,617	9	,000
Asociación lineal por lineal	82,647	1	,000
N de casos válidos	349		

a. 8 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es .07.

Por lo tanto, como el valor $p < \alpha$ a un $\alpha = 5\%$, se rechaza la H_0 , y se concluye con un nivel de significancia del 5%, que existe una relación significativa entre la calidad de servicio y la confianza en los usuarios externos de los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao.

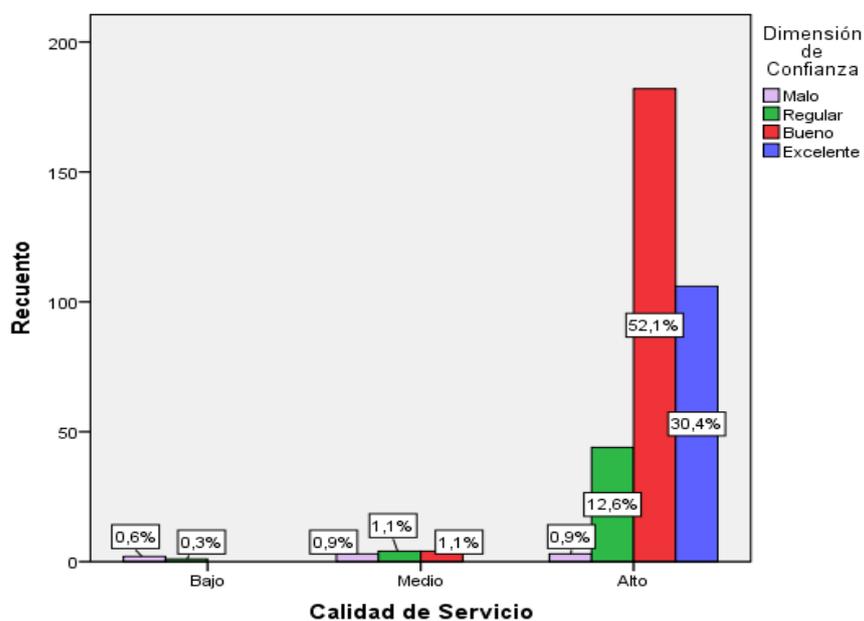


Figura 19: Calidad de Servicio y Confianza en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 52.1% señaló un nivel alto de calidad de servicio, se encuentran satisfechos y calificaron como buena, el 30.4% calificó excelente, el 12.6% calificó de regular; mientras solo el 3.1% presenta un nivel medio de calidad de servicio, y el 0.9% se encontró con un nivel bajo en relación a los ítems evaluados. Los resultados obtenidos demuestran que los usuarios externos sienten satisfacción con la confianza que le transmite el personal de salud durante su atención, a través de su actitud, conocimientos, habilidad para comunicarse, brindando un trato amable y cortés; lo cual le otorga calidad y confianza en su terapia de hemodiálisis.

Hipótesis Específica 2

Ho. La calidad de servicio no se relaciona significativamente con la calidad técnica en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

H2. La calidad de servicio se relaciona significativamente con la calidad técnica en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	81,574 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	64,008	12	,000
Asociación lineal por lineal	52,694	1	,000
N de casos válidos	349		

a. 12 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .01.

Por lo tanto como el valor $p < \alpha$ un $\alpha = 5\%$, se rechaza la H_0 y se concluye con un nivel de significancia del 5%, que existe una relación significativa entre la calidad de servicio y la calidad técnica percibida por el usuario externo en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao.

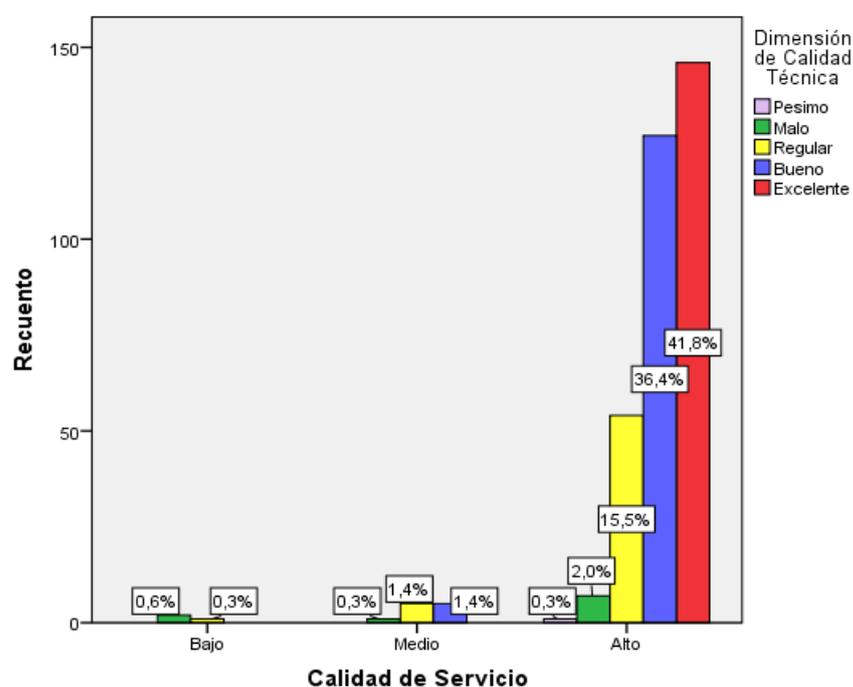


Figura 20: Calidad de Servicio y Calidad Técnica en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 41.8% señaló un nivel alto en la calidad de servicio y calificaron como excelente, el 36.4% calificó como bueno, el 15.5% calificó de regular la calidad técnica de los profesionales médicos y enfermeras, el 3.1% señaló un nivel medio la calidad de servicio y solo el 0.9% refirió un nivel bajo en relación a los ítems evaluados. Los resultados reflejan que los pacientes se encuentran satisfechos con la calidad técnica personal médico y de enfermería, lo cual atribuyen a los conocimientos y capacidad que poseen, la enfermera tiene habilidad para manejar las agujas, demuestran actitudes adecuadas para solucionar sus necesidades inmediatas de manera efectiva y

eficiente; de otro lado un menor porcentaje califico regular refiriéndose a la limitada información que brinda el médico respecto a los resultados de laboratorio.

Hipótesis Específica 3

Ho. La calidad de servicio no se relaciona significativamente con el valor percibido en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

H3. La calidad de servicio se relaciona significativamente con el valor percibido en los centros contratados de Hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao, 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	222,150 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	56,071	6	,000
Asociación lineal por lineal	66,823	1	,000
N de casos válidos	349		

a. 7 casillas (58.3%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es .05.

Por lo tanto como el valor $p < \alpha = 5\%$, se rechaza la Ho, y se concluye con un nivel de significancia del 5%, que existe una relación significativa entre la calidad de servicio y valor percibido por el usuario externo en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud en Lima y Callao.

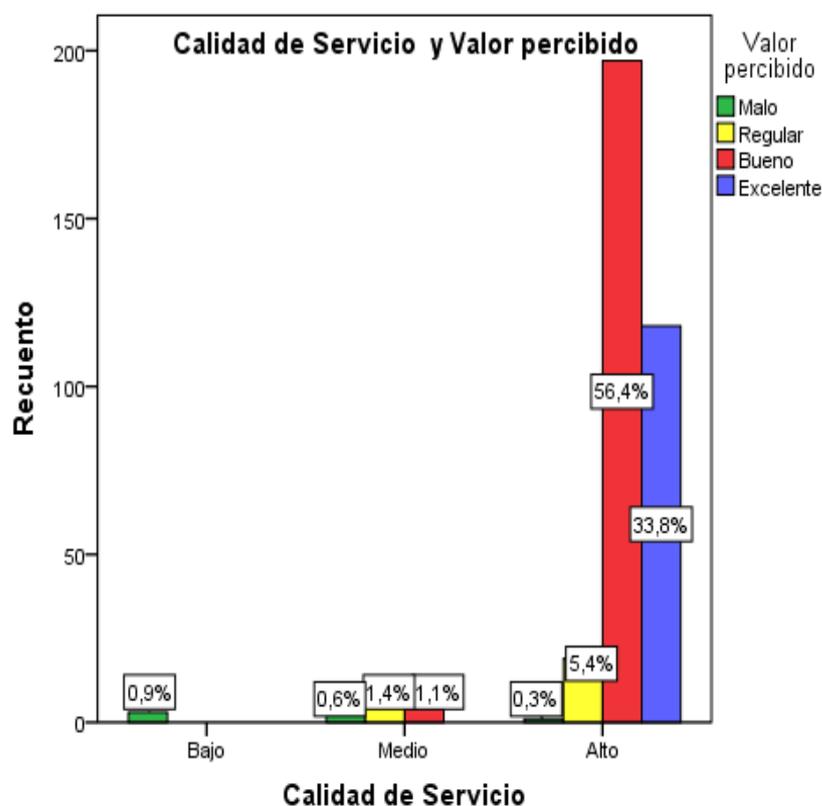


Figura 21: Calidad de Servicio y Valor Percibido en los Contratados de Hemodiálisis de EsSalud. Fuente: Elaboración propia.

El 56.4% señaló que el servicio es de alta calidad y lo calificaron de bueno, un 33.8% lo calificó de excelente mientras que el 3.1% señaló que es de un nivel medio la calidad de servicio y solo el 0.9% refirió que presenta un nivel bajo la calidad de servicio. Estos resultados evidencian que la mayoría de los pacientes perciben un servicio adecuado, se sienten conformes con el trabajo que realiza el equipo de salud, con la privacidad que le otorgan durante su terapia y con el ambiente físico que le brindan, otorgándole una valoración positiva a esta dimensión.

4.3. Análisis, interpretación y discusión de resultados

En el presente estudio para evaluar la calidad de atención y el nivel de satisfacción de los pacientes en los centros contratados de Hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao, se realizó una encuesta a 349 pacientes que reciben tratamiento en Lima.

Respecto a los datos socio-demográficos, el 50,7% es de sexo masculino siendo menor que el reportado por Larrea (2015) quien reportó que el 63% fueron usuarios masculinos. Respecto a la edad el 26.6% corresponde a 60-69 años y el 25.8% tiene de 70 a más años, siendo el grupo de edad predominante adultos mayores, que es un porcentaje similar al presentado por Rivera (2014) que reportó de 58 a 76 años con un 25%. En cuanto al nivel de instrucción el 43.3% tiene un nivel secundario, seguido por el 21.8% que tiene nivel superior, que es un porcentaje similar al obtenido por Merino y Reyes (2014) quienes reportaron que el 38.5% corresponde al nivel secundaria, seguido del 21.8% que corresponde al nivel superior universitario.

En relación al **tipo de seguro** el 43.3% son pensionistas, lo cual quiere decir que en su mayoría son pacientes que han tenido una experiencia laboral y actualmente cobran una pensión de jubilación mensual que les brinda cobertura de salud en EsSalud; el 33% son regulares activos que realizan una actividad económica; el 21.5% son derechohabientes es decir familiares declarados por el titular del seguro (sea trabajador activo o pensionista) el/la hijo(a), el(la) cónyuge y/o concubino (a), el 1.4% son hijos mayores de edad Incapacitados y el 0.9% son trabajadores del Hogar. Acerca de los **hospitales de procedencia** de los pacientes, 53% procede del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, lo cual refleja que la mayoría de los pacientes se concentra en este hospital, referidos de su hospital de origen (zona sur y centro), es importante señalar que la mayoría de los asegurados cambian las direcciones de sus domicilios actuales para ser adscritos a un centro asistencial que le corresponda derivar al Hospital Rebagliati Martins, ello debido a que refieren encuentran mayor confianza en la atención y mayor seguridad; el 32.7% procede del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, mientras que el 14.3% procede del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, quienes son referidos de hospitales de la zona norte y oeste – Callao, ello se puede explicar debido a que los asegurados refieren que no encuentran confianza en el Hospital Alberto Sabogal por lo que deciden cambiar su direcciones de domicilio.

Por otro lado, respecto a **la zona de procedencia del centro contratado de hemodiálisis**, el 61.6% de los encuestados se atiende en centros ubicados en la zona centro: Cercado de Lima, La Victoria, Jesús María, Pueblo Libre, lo cual indica que corresponden a zonas urbanas, que son zonas accesibles y céntricas para movilizarse a sus hogares y/o centros de trabajo, el 27.2% se atiende en la zona Sur: Chorrillos, Surco, Villa María, Surquillo, lo cual refleja que en su mayoría son centros ubicados en zonas urbanas y zonas urbano marginales, que presentan economía precaria y con problemas de acceso a servicios básicos. En relación al **turno de atención** en su centro de hemodiálisis, el 34.4% de la población encuestada se encuentran en el 2do Turno: 11:00am a 3:00pm, el 29.5% es del 1er turno: 7:00am a 10:30am, siendo estos dos turnos los más solicitados debido a la oportunidad de realizar otras actividades durante la tarde, luego de terminado su tratamiento; el 26.6% del 3er turno: 3:30pm a 6:30pm y el 9.5% corresponden a los pacientes del 4to turno: 7:00pm a 10:30pm quienes optan por este turno dado que prefieren acudir a su tratamiento terminando su jornada laboral, dado que muchos veces el solicitar permiso para su tratamiento tres veces por semana significaría una amenaza de pérdida de trabajo.

Acerca del **tiempo de tratamiento** que presentaron los pacientes, el 32.4% tiene menos de un 1 año de tratamiento, lo cual indica que son pacientes que se encuentran en la fase de adaptación al tratamiento, caracterizada por muchos cambios, angustias, temores, problemas financieros, entre otros; el 30.9% tiene 4 años o más, lo cual nos indican que alcanzar un nivel de adaptación al tratamiento; el 18.3% tiene de 1 a 2 años, caracterizado por la etapa de negación de la enfermedad, problemas de adaptación al tratamiento; el 9.2% tiene de 2 a 3 años de tratamiento y el mismo porcentaje de pacientes tiene de 3 a 4 años de tratamiento.

En relación a la dimensión de **elementos tangibles** el 68% resultaron satisfechos. Esta dimensión fue valorada por los usuarios en relación a las condiciones de limpieza en los lugares donde permanecen la mayor parte del tiempo sobre todo en la sala de tratamiento así como la sala de espera, además del hall, servicios higiénicos; iluminación y señalización en los ambientes(consultorio, sala de tratamiento, salida de emergencia), comodidad de las sillas de sala de espera , así como la presentación e higiene del personal; así también un 28% calificó condiciones regulares en el estado de los sillones de tratamiento de hemodiálisis, aspecto importante a considerar para profundizar el tema y realizar propuestas de mejora para incrementar el porcentaje de

pacientes que se sientan satisfechos; los resultados de satisfacción en esta dimensión son similares a los resultados presentados por Huerta (2015, p.31) quien reportó el nivel de satisfacción en los aspectos Tangibles fue de 84.5%, siendo los atributos de mayor satisfacción: los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia y contar un personal que informe y oriente al paciente los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución.

“...en mi opinión el centro donde recibo tratamiento ha sido bueno, es cómodo, hay buena limpieza, higiene. Hay letreros de señalización, la iluminación es adecuado, cuando hay algún foco que falla, siempre lo cambian, están al tanto de ello. En los sillones es un poco incómodo, duele la espalda, hay algunos nuevos y otros se quejan porque esto no me gusta, por favor cámbiame...”
(Entrevista a José, 28 años).

La dimensión de **capacidad de respuesta** el 50.4% de la población encuestada resultaron satisfechos y lo calificaron de bueno, el 26.6% calificó excelente la capacidad de respuesta en relación a la atención inmediata cuando se presentan molestias. Esta dimensión fue valorada por los pacientes como la disposición y voluntad del personal para brindar atención inmediata frente a sus necesidades (calambres, dolor de cabeza, vómitos, etc.), disposición para atender a sus preguntas sobre su tratamiento, agilidad en el trabajo, apropiada cooperación entre el personal para responder en la necesidad de la atención; lo cual se asemeja con los resultados de Larrea (2015, p.45) quien señala que un 83.25% se encontraron satisfechos, el 21% se encuentra extremadamente satisfecho, la rapidez de la atención en farmacia resultó con el mayor porcentaje de satisfacción (87%); y la rapidez en la atención para tomarse exámenes de laboratorio resultaron con el mayor porcentaje de insatisfacción.

“...disposición es buenísima, cualquier cosa que suceda, están pendiente, por ejemplo se me va la voz, tengo la taquicardia, el profesional está observándome, a veces hago señales y él ya me entiende, está pendiente, esa parte es fundamental, que el

licenciado está conociendo a cada paciente como es....”
(Entrevista a Edith, 34 años).

Respecto a la dimensión **empatía** el 74.5% resultaron satisfechos y calificaron de bueno, el 8.3% calificó de excelente. La dimensión de empatía valorada como la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro, fue la más valorada por los pacientes, consideran que el personal tiene un buen y excelente trato para atenderlo frente a sus necesidades específicas, así como la información y atención personalizada que le brindan, amabilidad en el trato, por parte de médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de salud; así como el personal de seguridad y limpieza; siendo este un aspecto fundamental en su terapia y recuperación para mejoría de la calidad de vida; lo cual se asemeja con los resultados de Rivera (2014, p.54) que señaló que más del 90% presentó niveles altos de expectativas en relación a la empatía, valorando las características sobresalientes, la comprensión de la explicación del médico sobre el tratamiento a recibir, la problemática de salud o resultado de la atención y el trato amable, respetuoso del personal (93,3% en cada caso). La característica con menor expectativa fue el interés del médico por solucionar el problema de salud del usuario externo representado por el 83,2%.

“...al inicio como un enfermo que no pensaba lo que podía pasarme, doy gracias a Dios que al inicio no he pensado en la muerte, he tenido fe en cristo, que voy a seguir viviendo bajo mi tratamiento, voy a encontrar profesionales que me van a dar la mano, me siento igualito que fuera un hombre que no estoy dializando, estoy fuerte así como en el centro de diálisis he encontrado buenos profesionales, así como trabajadores sociales, a ella yo le agradezco bastante porque ella me ha hecho conocer que es lo que debo hacer a donde debo recurrir, que recursos cuento en mi comunidad, entre otras cosas una muy importante me oriento para gestionar mi pensión de jubilación...”(Entrevista a Luis, 63 años).

“...al inicio de la enfermedad me sentía mal, pero la intervención de los profesionales para conmigo fue muy bueno y sigue siendo bueno, los dos primeros años de la atención en clínica fue muy bueno ha bajo un poco, en el hospital hasta ahora es bueno... (Entrevista a Franco, 61 años).

La dimensión **confianza** resultó con un 52.1% de satisfacción y calificó de buena la confianza y seguridad que ofrece el centro de hemodiálisis, el 30.4% lo calificó de excelente. La dimensión de confianza fue valorada mediante los atributos de calidad de confianza y seguridad en el personal de salud por su competencia profesional, las relaciones interpersonales con amabilidad y respeto, la credibilidad y garantía de quienes le brindaron la atención, despejando sus temores y dudas durante su atención en su terapia de hemodiálisis en el centro contratado de hemodiálisis; lo cual ratifica los resultados de Huerta (2015, p.29) quién concluye que la dimensión seguridad resultó con un 89.6% de usuarios satisfechos, de ellos el 67.5% se encuentra extremadamente satisfecho, siendo el atributo de mayor porcentaje de satisfacción: el médico le inspiró confianza.

“...la amabilidad nos da confianza, cuando entramos el saludo al ingresar por ejemplo cuando ellos van a tener su refrigerio no todos se van, siempre hay personal que se queda para cualquier emergencia....el ambiente me da seguridad, es amplio no es estrecho, está bien construido y aparte si hay un corte de energía empieza a funcionar el grupo electrógeno...” (Entrevista a José, 28 años).

“...la confianza estar interdiariamente actuando con la persona ya nace, esa confianza se va dando, lo empiezas a conocer más porque estas conviviendo yo tengo 5 años, somos como una familia y ellos ya te conocen...” (Entrevista a Edith, 34 años).

Respecto a la dimensión de **calidad técnica**, el 41.8% se encontraron satisfechos y lo calificaron de excelente, el 36.4% calificó bueno, el 15.6% calificó regular la competencia profesional del Médico y la Enfermera. La mayoría de los pacientes

confían en la capacidad del personal médico y de enfermería, perciben que cuentan con conocimientos, habilidades y competencias necesarias para el manejo del tratamiento, mientras que un menor porcentaje percibe que se debe brindar mayor información sobre los resultados de laboratorio y tratamiento a seguir; lo cual se asemeja con los resultados de Pérez et al., (2012, p. 105) quien concluye que el 40.4% valora la profesionalidad del personal médico como muy buena, mientras que la profesionalidad del personal de enfermería es valorada como “muy buena” por un 51.4%.

“...muy buenos profesionales, amables, la semana pasado le digo que estoy con dolores y me recetan, tenemos buena comunicación, cuento con buenos doctores, licenciados, técnicas, me siento seguro primero pensando en el señor para que les de sabiduría ayuda a ellos para que ellos puedan continuar haciendo las cosas bien...ellos utilizan su ética profesional, nos atienden bien...”
(Entrevista a Luis, 63 años).

“.....hay algunos médicos que si saben, me saco el sombrero, cuando yo entro con el medico mayormente yo le hago preguntas, algunas preguntas que si me responden con el concepto que yo sé, pero hay otros médicos que me responden y me dan algo más que yo pensaba que no sabía, entonces me aportan a mi conocimiento...” (Entrevista a Paolo, 36 años).

“...hay enfermeras que ya saben de mi cuerpo, me canulan bien, están apoyándome para sentirme bien, creo que saben su trabajo, los nefrólogos, a veces uno está mal le consultas y te recetan, te dicen que debes tomar...” (Entrevista a Blanca, 64 años).

En la dimensión de **valor percibido** el 56.4% de la población encuestada se encontraron satisfechos en relación al rendimiento percibido y calificaron de bueno, un 33.8% calificó de excelente La mayoría de los pacientes perciben de manera positiva el desempeño del equipo de salud, valorando el respeto por su privacidad durante su tratamiento y refieren sentirse cómodos con el ambiente físico que le brinda el centro de hemodiálisis; lo cual se asemeja con los resultados de Espinal,

Mundaca, Gonzales y Ruiz (2010, p.21) quien señaló que el 94 % refirió que respetaron su privacidad, así como el 98 % se encontraron satisfechos con los ambientes de la institución, mientras que el 2% muestran insatisfacción por los mismos. Atención de Calidad es satisfacer o superar las expectativas del usuario.

“...el servicio es bueno, siempre son atentos conmigo, está cerca a mi casa, porque puedo quedarme descansando media hora...este cerca de casa, el equipo es bueno, cualquier cambio que pido, me hace accesible por cita, exámenes....” (Entrevista a Edith, 34 años)
“...puede conocer su trabajo, pero falta vocación de servicio saber que lo que está haciendo es para mejorar la salud...° (Entrevista a Franco, 61 años).

Referente al **nivel de satisfacción** global en relación a la atención del personal de Salud de los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao, más del 80% se encontró satisfecho con el personal de enfermería y de Trabajo Social, profesionales que mantienen un vínculo más cercano con el paciente debido al abordaje de su intervención y su identificación con el mismo; lo cual se asemeja a los resultados de Larrea (2016, p.48) quien señaló que el 76.9% de todos los encuestados estuvieron satisfechos con la atención global recibida en la consulta externa.

“...no tengo padres, tengo solo hermanos, mis primos, el equipo de salud me llegan mucho a mí, y eso me llena. Yo he llegado a empatizar con todos, me da la facilidad de poder hablarles, preguntarles, me ayuda a poder avanzar más...Las personas necesitan que lo escuches, que lo dejes hablar, uno encuentra apoyo, ese apoyo puede ser a través de la asistente social...” (Entrevista a Edith, 34 años).

“...la Seguridad Social debería tener sus propios centros de diálisis de EsSalud, se ahorraría muchísimo, y su atención sería mejor, los pacientes se sentirían contentos cuando por lo menos la atención fuera como en el hospital....”(Entrevista a Franco, 61 años).

CONCLUSIONES:

1. La calidad de servicio se ve reflejada en las condiciones óptimas de infraestructura, equipos seguros y confiables, en tiempo y forma oportuna, y se encuentra estrechamente relacionada con la confianza percibida por los usuarios en los centros contratados del Seguro Social de Salud en Lima y Callao, representado con un nivel de satisfacción global de 83.7%; basado en la confiabilidad que le otorgan durante su estadía en este servicio, en los niveles de confianza y seguridad que transmite todo el equipo de salud, en su competencia profesional y las interacciones y comunicación que se desarrolla con amabilidad y respeto entre el profesional y los usuarios. Los resultados confirman que los elementos tangibles que le brinda el lugar donde reciben su terapia de diálisis le otorga satisfacción y confianza en el servicio recibido “la unidad de hemodiálisis, se constituye en un lugar de importancia en la adaptación del paciente; debe ser un ambiente cálido, acogedor, con un nivel de ruido moderado (bajo los 40 dB) que transmita seguridad, protección, confort y distracción durante las horas de permanencia necesarias para recibir su tratamiento” Elzaurdia, Operti, Simonetti & Leiva (2007).
2. Los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao se encuentran satisfechos con un 79.7% en relación a la calidad de servicio y la calidad técnica percibida; valorado por lo que recibe en el servicio a través de las habilidades, eficiencia, capacidad del personal médico y de enfermería en el manejo del tratamiento de hemodiálisis. Mientras que un 17.2% presenta baja satisfacción en la información que brinda el personal médico respecto a los resultados de laboratorio y plan de tratamiento a seguir para alcanzar mejoría en su calidad de vida. La atención de calidad percibida por el usuario también se ve reflejada en el componente técnico. El compromiso del personal debe reflejarse en el desarrollo de destrezas para lograr la calidad de atención; los procesos deben cumplirse de manera eficiente; la mejora continua debe ser entendida como una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos y humanos (Hidalgo, 2015).

3. La calidad de servicio se encuentra relacionado con el valor percibido por los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao, lo cual se demuestra en el nivel de satisfacción global de 95.9% alcanzado; reflejado en la percepción del resultado del servicio recibido por todo el equipo de salud, así como las condiciones de confort que su centro de diálisis le otorga. El valor percibido en los usuarios es la respuesta frente a un servicio de hemodiálisis, el cual depende no solo de la calidad del servicio sino además de las expectativas que tiene el usuario, se requiere conocer lo que espera del servicio, que necesita, sus preferencias; el servicio cumple con una función educativa y además desarrolla indicadores para conocer el cumplimiento del objetivo, lo cual permitirá implementar mejoras para consolidar la relación entre el equipo de salud y el usuario (Botero *et.al.*, 2014).
4. Existe una relación altamente significativa entre calidad de servicio y nivel de Satisfacción global de los pacientes en los centros contratados de hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao, representado con un 81.8%, lo que indica que existe una buena calidad de atención y un alto nivel de satisfacción, a mayor calidad de la atención, mayor nivel de satisfacción. La calidad en el servicio de salud es la parte esencial, que le permite al usuario tener las percepciones positivas respecto del servicio que recibe... la calidad es la pieza que predomina cuando el usuario y/o paciente realiza su evaluación (Zeithmal & Bitner, 2002).
5. La calidad de los servicios de salud están enmarcadas en el desarrollo de acciones dirigidas a obtener una mejor calidad de vida de los usuarios, lo cual se logra ubicando en el centro del proceso, teniendo como prioridad básica al usuario. El paciente es la razón de ser de un servicio de salud, por ende el personal de salud debe estar en la capacidad de reunir información sobre los usuarios, para crear y ofrecer servicios adecuados y de calidad. En este sentido, las preferencias y opiniones de los usuarios pesan y guían todos los

aspectos relacionados con el otorgamiento de un servicio, como es la competencia de los profesionales de la salud (Zeithmal & Bitner, 2002).

6. El estado de salud es uno de los principales indicadores de desarrollo humano, por tanto requiere de un conjunto de políticas públicas interministeriales, en los servicios de salud, nutrición, educación e infraestructura sanitaria, entre otros; para mejorar la equidad y fortalecer el capital humano de la sociedad, base de la productividad, de tal manera que el desarrollo social sea un complemento del crecimiento económico y no un factor aislado. La equidad en salud se expresa en las oportunidades de gozar de una buena salud y además del acceso a los servicios de salud, tiene que ver con de la satisfacción de las necesidades básicas, para el desarrollo a escala humana (Max-Neef, 2000).

7. La tercerización de los servicios de hemodiálisis en EsSalud representa una medida de la política de salud que si bien es percibida por los usuarios como un servicio de calidad optimo, sin embargo, esta se convierte en una dependencia de los servicios privados creando grandes monopolios con elevados presupuestos, medida que no resuelve el problema de la capacidad instalada de los servicios a nivel nacional versus la demanda creciente de los usuarios y su acceso equitativo a los servicios de salud, como un derecho humano.

RECOMENDACIONES

- Informar los resultados de la presente investigación a las autoridades del Seguro Social de Salud, al Centro Nacional de Salud Renal y a los Centros Contratados de Hemodiálisis del Seguro Social de Salud en Lima y Callao.
- Implementar estrategias para mejorar la atención en los centros contratados de hemodiálisis de EsSalud, a través del sistema de garantía de la calidad, realizando auditorias permanentes, verificando la acreditación de las mismas y evaluando planes de mejora continua, partiendo de las necesidades y expectativas de los pacientes.
- Diseñar una plataforma virtual para conocer la satisfacción de los usuarios en los centros contratados de hemodiálisis, con una periodicidad establecida, permitiendo así que los pacientes se sientan partícipes en el funcionamiento de su centro de hemodiálisis, y conozcan que sus percepciones son importantes al momento de tomar decisiones.
- Realizar estudios con los usuarios que presenten baja satisfacción en la información que brinda el personal médico de los resultados de laboratorio y plan de tratamiento a seguir; con la finalidad de establecer planes de mejora tomando en cuenta la percepción de los usuarios para una mejor calidad de vida y satisfacción.
- Reforzar los niveles de prevención a través de la información y educación en los familiares y comunidad respecto al Plan Nacional de Salud Renal para disminuir la incidencia de la Enfermedad Renal, y mejorar la calidad de vida de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBRECHT, K. Y LAWRENCE, B. (1998). *La excelencia en el servicio. ¡Conozca y comprenda a sus usuarios!* Colombia: 3R Editores LTDA.
- ALCALDE, JE., LAZO, O. Y NIGENDA, G. (2011). *Sistema de salud de Perú.* Revista Salud Pública de México. Volumen 53. Suplemento 2 2011.
- ALFARO, R., y RAMÍREZ, A. (2018) *¿El mito sigue vivo? Privatización y diferenciación social en la educación peruana.* Lima: IEP.
- ANDA, C. (1998). *Administración y Calidad.* (3a ed.) México: Ed. Limusa S.A.
- AIQUIPA, A. (2004). *Calidad de Atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a Quimioterapia en la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario del INEN* (Tesis para segunda especialidad) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.
- American Society for Quality: quality glossary* [Internet]. Wisconsin (US): *American Society for Quality*; [citado el 10 de Agosto del 2015]. Disponible en: <http://www.asq.org/glossary/q.html>
- American Medical Association, Council of Medical Service. Quality of care.* JAMA 1986; 256:1032-4.
- AQUINO, M. & ROBLES, D. (2007). *Estilos de vida como determinante de enfermedades crónicas en los docentes.* (Tesis para grado de Licenciatura) Universidad del Centro Huancayo – Perú.
- ARIZA, C. (Abril 2004). *Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardíaco.* Medwavel; 4(3),e2712 doi: 10.5867/medwave.2004.03.2712
- BANCO MUNDIAL (2011) “*Mejorando los resultados de salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público*”, Informe N° 59218 - PE Unidad de Gestión del Sector de Desarrollo Humano, Unidad de Gestión de Países Andinos, Región de América Latina y el Caribe, Banco Mundial.
- BARRIOS, J.& HDALGO, M. (2016). *Enfermedades crónicas no transmisibles sub tema: enfermedad renal crónica.* (Tesis para Licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua- Nicaragua. <http://repositorio.unan.edu.ni/2157/1/16538.pdf>
- BAUMAN, Z. (2002). *La modernidad Líquida.* Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- BAUMAN, Z. (2007). *Vida de Consumo.* Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- BAZAN, J. (2009). *Modos de vida de la infancia.* Lima: Save the Children Canadá.

- BEDOYA, C. (2004). *El derecho humano a la Seguridad Social en el Perú*. En: *Informe Anual 2004 Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC). Lo que se debe conocer antes de decidir*. Lima: APRODEH, CEDAL.
- BEDOYA, C. (2005). *Seguro Social o negocio seguro*. En: *Informe Anual 2005 Situación de los Derechos Económicos, Sociales y culturales en el Perú (DESC). Una nación con justicia social para todos: ¿Cuáles son los desafíos?* Lima: APRODEH, CEDAL.
- BEJAR, Hector (2001). *Política social, justicia social*. Lima: CEDEP.
- BENCOMO, O. (2015). *Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 31(3). Recuperado en 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300010&lng=es&tlng=es.
- BERDUGO, C., BARBOSA, R., & PRADA, L. (2016). *Variables Relevantes para la Medición de la Calidad Percibida del Servicio Bancario*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/496/49645986028.pdf>
- BERRY, L. BENNET, C. & BROWN, C. (1989). “Calidad del Servicio: una ventaja estratégica para instituciones financieras”. Madrid: Díaz de Santos.
- BORROTO, G., ALMEIDA, J., LORENZO, A., JAMET, A. Y GUERRERO, C.(2007). *Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo*. Revista cubana de medicina. v.46 n.3 Ciudad de la Habana http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300004
- BOTERO, N., FERNÁNDEZ, D. Y OSORIO, J. (2014). *Factores determinantes en la Satisfacción de los Usuarios en una Unidad de Diálisis de una Institución de Tercer Nivel Ciudad de Bello Colombia*. (Proyecto de Investigación) Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública – Línea Auditoria y Calidad en Salud. Medellín- Colombia.
- BOURDIEU, P. (2002). *La esencia del neoliberalismo*. En: *Seis artículos de Pierre Bourdieu publicados en Le Monde Diplomatique*. Santiago de Chile: Editorial Aun Creemos en los Sueños.
- BOURDIEU, P. y LOIC, W (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- BROOKS, R. F. (1995) *Internal service quality*. Internacional: Bradford.
- CABELLO, E., Y CHIRINOS J. (2012). *Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud*. Revista Médica Herediana 23 (2), 88-95.

- CALIXTO, M., OKINO, N., HAYASHIDA, M., COSTA, I., TREVIZAN, M., & DE GODOY, S. (2011). *Escala SERVQUAL: Validación en Población Mexicana*. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300014
- CAMINO, M., & GARCÍA, J. (mayo-agosto de 2014). *La Percepción de Calidad, Valor y Satisfacción de un Club Deportivo. La Perspectiva de Padres y Deportistas Adultos*. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/865/86532543004.pdf>
- CANGIANO, J. (2015). *El Impacto Global de la Enfermedad Renal*. GALENUS. Revista para los médicos de Puerto Rico (4), Recuperado de
<http://www.galenusrevista.com/El-impacto-global-de-la-enfermedad.html>
- CANTU, H. (2000). *Desarrollo de una Cultura de Calidad* (2a ed.). México: Ed. S.A.
- CARDENAS, E., JUAREZ, C., MOSCOSO, R., Y VIVAS, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Universidad ESAN. Recuperado de:
<https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesaludCompleto.pdf>
- CARDOZO, R., CASANOVA, V., Y SCATENA, T. (2000). *Visión panorámica de la situación de Salud en el Perú*. Rev. latinoam. enfermagem, Ribeirão Preto, V. 8, n. 6, p. 7-12.
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12342.pdf>
- CASTRO, F. (2000). *Mañana será demasiado tarde*. México: Tlalaparta.
- CASTRO, J., ZAMORA, E., Y GUTIERREZ, J. (2015). *Factores determinantes de la calidad de servicio en la agencia del Banco de Crédito del Perú - BCP*. (Tesis de pregrado) Tarapoto – Perú.
- CETRANGOLO, O., BERTRANOU, F., CASANOVA, L. & CASALI, P. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
- CENTRO EMPRESARIAL LATINO AMERICANO - CELA
- (2005) Módulo V: *Mejoramiento de la Satisfacción del Usuario*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.
- (2005) *Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud*. Módulo IV Indicadores de Gestión. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- (2005) *Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Módulo II Planeamiento y Gerencia de la Calidad*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.

- CIVERA, M. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito Hospitalario en función del modelo de gestión establecido* (Tesis Doctoral). Universidad Jaume-I, Castellón de la Plana - España.
- COHEN JA (1991). *Two portraits of caring: a comparison of the artists*, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*; 16:899-909
- COLQUE, X. (2018). *Estilos de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, centro Sermedial Puno 201*. Tesis para optar Licenciatura. Universidad Nacional de Altiplano PUNO. Recuperado de: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9121/Colque_Amesquita_Xiomara_Noemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CONTRERAS, F., ESGUERRA, G., ESPINOZA, J., GUTIERREZ, C. & FAJARDO, L. (2006). *Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis*. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 5 (3): 487-499. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a05.pdf>
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ- 1993 Título I De la persona y de la sociedad Capítulo I Derechos fundamentales de la persona <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf>
- CORTÉS, D. Y OYARZO, C. (2013). *Grado de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis, en relación a las prestaciones otorgadas por los centros de diálisis en la ciudad de Puerto Montt*. (Tesis de pre grado). Universidad Austral de Chile.
- CUBILLOS, M. Y ROSO, D. (Enero a Abril 2009). *El concepto de calidad: historia, evolución e importancia para la competitividad*. *Revista La Universidad de La Salle Bogotá Colombia*. (48) p. 80.
- CRUZADO SILVERI, Edgardo (2017). *Territorios y Gestión por Resultados en la Política Social: El caso del P20 en el MIDIS*. En: *Exclusión e Inclusión Social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- DÁVILA, M., CORONADO, J., & CERECER, B. (julio-septiembre de 2012). *Las Dimensiones de la Calidad del Servicio en el Proceso de Distribución y Comercialización de Energía Eléctrica*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39523153008>
- DE PEDRO, P. (2013). *La Calidad de Servicio Bancario: Una Escala de Medición*. Recuperado el 15 de junio de 2016, de <http://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/123456789/2354/1/Tesis%20Paola%20de%20Pedro.pdf>
- DUEÑAS, A. Y ALONSO, O. (2009). *Calidad en salud, dimensiones de*

- DONABEDIAN, A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- DONABEDIAN A. (1990). *Garantía y monitoreo de la calidad de la atención Médica*, Revista del Instituto de Salud Pública, "perspectivas" 1era Edición, México.
- DONABEDIAN, A (1988). *The quality of care: How can it be assessed?* JAMA. 260:1743-1748. *La calidad en los servicios de salud*. Boyacá – Colombia. Rev. Virtual Gerencia Salud. Recuperado de <http://www.gerenciasalud.com>
- DUQUE, E., & CHAPARRO, C. (enero-junio de 2012). *Medición de la Percepción de la Calidad del Servicio de Educación por Parte de los Estudiantes de la UPTC Duitama*. Recuperado el 16 de junio de 2016, de Revista Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3966855.pdf>
- DURAND, F. (2016). *Cuando el poder extractivo captura El Estado. Loobies, puertas gitatorias y paquetazo ambiental en el Perú*. Primera Edición. Oxfam. Lima Perú.
- EGUREN, F., CANO, J., DEL AGUILA, A. (1997). *Evaluación Social del Desarrollo Humano en el Perú*. Lima: Acción Ciudadana por el desarrollo humano contra la pobreza.
- ELZAURDI, P., OPERTTI A., SIMONETTI G., & LEIVA G., (2007) *Guía para el Diseño de la Unidad de Hemodiálisis* . Fondo Nacional de Recursos Noviembre 2007. Montevideo – Uruguay
- ESAN (10 de abril del 2017). *El financiamiento de la salud en Perú*. Apuntes empresariales /Salud. Recuperado de: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2017/04/el-financiamiento-de-la-salud-en-peru/>
- ESSALUD, ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO-OIT (2013). *El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: Essalud, Organización Internacional del Trabajo-OIT.
- FABIÁN, D. (2015). *Nivel de Satisfacción percibida y calidad del Cuidado Enfermero en la persona hospitalizada Hospital Jerusalén – La Esperanza* (Tesis de Maestría) Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Trujillo Perú.
- FRANCKE, P. (2018). *Derecho a la Salud, Cáncer y Política Fiscal en el Perú*. Departamento de Economía de la PUCP. Documento de Trabajo 449. <http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/DDD449.pdf>
- FERNANDEZ, R. (2014). *Calidad de la Atención y Grado de Satisfacción del paciente cardiaco transferido de provincia a la consulta externa de Cardiología* (Tesis de Maestría) Lima –Perú.

- FIGUEROA DE LOPEZ, S. (2016). *Introducción a la Salud Pública*. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas.
<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>
- FLORES, J. (2010). *Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo*. Revista Médica Clínica Los Condes. Volume 21, Issue 4, Pages 502-507.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70565-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70565-4)
- FUNDACIÓN RENAL IÑIGO ÁLVAREZ DE TOLEDO - FRIAT (2013) *Incidencia de la Enfermedad*. Recuperado de <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/incidencia-de-la-enfermedad/>
- GANOZA, C. y STIGLICH, W. (2019). *El Perú está calato. El falso milagro de la economía peruana y las trampas que amenazan nuestro progreso*. Lima: Planeta.
- GARCÍA, M., GÓMEZ, E. Y DÍAZ, G. (octubre-diciembre 2011). *Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro Médico Nacional*. 20 de Noviembre del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 16 (4), México.
- GARCÍA, J., CEPEDA, G., & MARTÍN, D. (2012). *La Satisfacción de Usuarios y su Relación con la Percepción de Calidad en Centro de Fitness: Utilización de la Escala CALIDFIT*. Recuperado el 21 de junio de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/2351/235126897011.pdf>
- GANOZA DURANT, C y A. SITIGLICH WATSON (2015). *El Perú Está Calato. El falso milagro de la economía peruana y las trampas que amenazan nuestro progreso*. Lima: Planeta.
- GARVIN, D. A. (1992). *Competir en las 8 dimensiones de la calidad*. Diplomado Europeo en Administración y Dirección de Empresas.
- GÉRVAS J., PANÉ M., SICRAS M., Y SEMINARIO INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 2006. *Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico*. Med. Clin (Barc) 128(14), 540-4. Recuperado de [file:///C:/Users/IV/Downloads/13101165_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/IV/Downloads/13101165_S300_es%20(1).pdf)
- GOMEZ, M., MORENO, O., MIRALLES, P., SANCHEZ, F., SANCHEZ, M., SANCHEZ, M, & PEREZ, G. (2014). Cuidados de calidad y satisfacción del paciente con enfermería en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 17(Supl. 1), 94.
 Recuperado en 23 de septiembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000500071&lng=es&tlng=es.
- GONZÁLEZ, J. (2015). *Aprende A Vender Profesionalmente y el Telemarketing en las Ventas* (1º ed.). IT Campus. Recuperado el 21 de junio de 2016.

- GONZÁLES DE OLARTE, E. (1998). *El Neoliberalismo a la Peruana. Economía Política del Ajuste Estructural, 1990-1997*. Lima: IEP.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE –GBD (2013). *Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990– 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. Lancet 2015; 385: 117–71.
- GRONROOS, C. (1994). *Marketing y Gestión de Servicios*. Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- (1984) *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of Marketing. 18 (4), 36-44.
- GUICHOT, V. (2015). *El «enfoque de las capacidades» de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: Hacia una pedagogía socrática y pluralista*. Universidad de Sevilla. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social. Ediciones Universidad de Salamanca. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu20152724570>
- HERNANDEZ, R., FERNANDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-hill Interamericana Editores.
- HERNANDEZ, J. (2015). *La modernidad líquida*. Universidad Autónoma Metropolitana, México. Política y cultura, núm. 45. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/267/26745428014/html/indexe3wr.html>
- HERRERA-AÑAZCO, P., WILLER, H., & TAYPE-ROLDAN, A. (2016). *Exposición a arsénico como factor asociado a la alta mortalidad atribuida a insuficiencia renal en Puno*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 33(2), 381-382. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2094-7>
- HIDALGO, R. (2015). *Nivel de Satisfacción del Usuario de Santa Inmaculada Centro de Diálisis SAC* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Piura. Perú.
- HOEVEL, C. (2011). *La teoría de la justicia de Amartya Sen y los orígenes del concepto católico de justicia social en Antonio Rosmini*. Revista Cultura Económica 29, N° 81-82. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/2068>
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE HUV, “Evaristo García”, ESE (2010). *Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios*. Santiago de Cali. Colombia.
- HUATUCO, G. (2009). *La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de noviembre*

- diciembre 2008. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima - Perú.
- HUERFANO, D., ALVAREZ, D., ARIAS, E. Y CARREÑO, S. (abril-junio 2018) *Necesidades de personas en terapia de diálisis y sus cuidadores: Revisión integrativa*. *Enfermería Nefrológica* 21 (2): 155-165
<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000200007>
- HUERTA, E. (2015) *Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el Tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza* (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
- IBARRA, L., & CASAS, E. (January- March de 2015). *Aplicación del Modelo Servperf en los Centros de Atención Telcel, Hermosillo: Una Medición de la Calidad en el Servicio*. Recuperado de 2016
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0186104215721534>
- JARAMILLO GARCÍA, E. (2018). *Sociología de la Infancia y Políticas Sociales en el Perú: 2000-2010*. Lima: Tesis para optar el Grado de Doctor en Ciencias Sociales, especialidad Sociología, Unidad de Posgrado Facultad de Ciencias Sociales UNMSM.
- JIMÉNEZ, F. (2017). *Veinticinco años de modernización neocolonial. Crítica de las políticas neoliberales en el Perú*. Lima: IEP.
- KLIKSBERG, B. (2002) *Hacia una Economía con rostro Humano*. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- KLIKSBERG, B. (16 de marzo del 2000). *Bases sociales de la salud*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/opinion/bases-sociales-de-la-salud-nid9233>
- KOTLER, P. (2003). *Fundamentos de marketing*. México.
- LARA, J. (2002). *La gestión de la calidad en los servicios*. Recuperado el 26 de junio de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/944/94401905.pdf>
- LARREA, J. (2016). *Calidad de Servicio de la Consulta Externa de Medicina Interna en el Hospital Central de la Fuerza Área del Perú* (Tesis de pregrado) Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú.
- LEININGER, M. (1994). *Teoría de los cuidados culturales, en Ann Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería*. Madrid, Mosby Doyma.
- LEEBOW, W. (1997). *Manual de los Administradores de Salud para el mejoramiento continuo*. Colombia: Ed. Guadalupe.
- LEPPARD, JOHN Y MMOLYNEUX, LIZ. (1998). *Como mejorar su servicio al usuario*. España. Editorial Gestión 2000. p. 166
- LOZA, C. (Del 12 al 18 enero 2014). *La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública*. *Boletín Epidemiológico Lima* 23 (3), Dirección General de Epidemiología. p. 36 – 38. Recuperado de

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>

- LOZA, C. (09 marzo del 2017). *Tres millones de sufren de enfermedad renal*. Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/atencion-tres-millones-peruanos-sufren-enfermedad-renal-68438-noticia/?ref=p21r>
- LUJAN, J. (2011). *Nivel de satisfacción según expectativas y percepciones de la calidad de servicio de salud en los usuarios externos de la unidad de cuidados intensivos del Instituto de Salud del Niño* (Tesis de Maestría). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima - Perú.
- LLANOS, F., ROSAS, A., MENDOZA, D., & CONTRERAS, C. (2001). *Comparación de las Escalas de Likert y Vigesimal para la Evaluación de Satisfacción de Atención en un Hospital del Perú*. Recuperado el 2016, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v12n2/v12n2ao2.pdf>
- MACERA, D. (26 febrero del 2018). *¿Cuánto dinero destina el Estado al sector Salud?* El Comercio. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/dia-1/dinero-destina-sector-salud-noticia-500315-noticia/?ref=ecr>
- MARTINEZ FRANZONI, Juliana y Diego SANCHEZ-AMCOCHEA (2019). *El reto de proveer salud igual para todos: Perú una perspectiva regional*. En: *Aproximaciones al Perú de Hoy desde las Ciencias Sociales*. Lima: Fondo Editorial Universidad del Pacífico.
- MATSUMOTO, R. (2014). *Desarrollo del Modelo Servqual para la Medición de la Calidad del Servicio en la Empresa de Publicidad Ayuda Experto*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4259/425941264005.pdf>
- MAX-NEEF, M., ELIZALDE A., HOPENHAYN M., (1986). *Desarrollo a escala Humana, una opción para el Futuro*. Santiago Chile: CEPUR
- MAX-NEEF, M., ELIZALDE A. & HOPENHAYN M. (1993). *Desarrollo a Escala Humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Uruguay: Nordan – Comunidad.
- MAYORGA, M. *La reforma del sector salud en el Perú*. Blogs de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPN. Publicado el 29 de Enero 2015. <https://blogs.upn.edu.pe/salud/2015/01/29/la-reforma-del-sector-salud-en-el-peru/>
- MEJÍAS A. & MANRIQUE S. (enero-Abril 2011) *Dimensiones de la Satisfacción de Usuarios bancarios universitarios: Una aproximación mediante el análisis de factores*. Universidad de Carabobo Venezuela. Revista de Ingeniería industrial/ISSN 1815-5936/Vol. XXXII/No. 1/enero-abril/2011/p. 43-47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3604/360433575007.pdf>
- MÉNDEZ, J. C. (2013, Mayo 10). *Calidad, conceptos y filosofías: Deming, Juran, Ishikawa y Crosby*. Recuperado de <https://www.gestipolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/>

- MERINO, B., & REYES, M. (2014). *Modelo para Evaluar la Calidad del Servicio al Usuario Atendido en Consulta Externa en Establecimientos de Salud en el Perú*. (Tesis de pregrado) Recuperado de http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1201/merino_sb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS (2018). *La corrupción en el sector salud: casos en el Seguro Integral de Salud (SIS)*. <https://procuraduriaanticorruptcion.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2018/06/01-INFORME-ESPECIAL-SIS.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Epidemiología (2015). *Análisis de la Situación de la Enfermedad Renal Crónica en el Perú*. Recuperado de [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)
- MINISTERIO DE SALUD (2008). *Cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones*. Lima, Perú. Publimagen ABC SAC. http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1079_minsa1474.pdf
- MINISTERIO DE SALUD (2016). *Análisis de situación de salud el Perú*. Centro Nacional de Epidemiología. Prevención y control de Enfermedades CDC-PER.
- MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD – MSSSI (2015). *Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la estrategia de abordaje a la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.
- MOLINER, M., SÁNCHEZ, J., CALLARISA, L., & RODRÍGUEZ, R. (DECEMBER DE 2008). *La Calidad de la Relación: Un concepto emergente. El Caso de un Establecimiento Comercial*. Recuperado de Sciencedirect.com: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138575808700707>
- MRENO, y (2004). *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- MORILLO, J., & MARCANO, Y. (octubre-diciembre de 2010). *Satisfacción del Usuario de la Consulta Externa de Pediatría en Clínicas Privadas*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/290/29016182005.pdf>
- MORIN, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. España: Paidós.
- MORRIS, M. (2010). *Identificación de los determinantes sociales de la alimentación en un grupo de familias pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de la localidad de*

Fontibon. (Tesis para Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana. Colombia, Bogotá.
<https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis563.pdf>

MUÑOZ, F., LOPEZ-ACUÑA, D., HALVERSON P., GUERRA DE MACEDO, C., HANNA, W., LARRIEU, M., UBILLA, S. & ZEBALLOS, J., *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud*
[https://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](https://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20EL%20PERU%20(1).pdf)

NAVARRO, C. (2015). *Evaluación de la calidad de atención a través de la medición del nivel de satisfacción del usuario externo en las Unidades de Diálisis del SUA- Nefrología de la UPCH*. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2003.

ONG, C. (2012). *Determinantes Sociales de la Salud*. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas Fase I, Área de Salud Pública I. (Documento Compilado con fines docentes, pp. 1-23)

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1984). *Introducción a la Seguridad Social*. Ginebra: OIT:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Evaluación de los Programas de Salud, Normas Fundamentales*. Ginebra: OMS 1981: 31 – 39

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año.
<https://www.who.int/es/emergencias/ten-threats-to-global-health-in-2019>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012) *Capítulo 2. Determinantes e Inequidades en Salud*. Salud en las Américas Volumen Regional. Recuperado de:
https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-en-las-americas-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (10 marzo 2015) *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*. Washington, DC. Recuperado de
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

OURIQUE, A., DO LAGO ATTADIA, L., GIULIANI, A., & MARQUES, F. (2011). *La Satisfacción del Usuario de Servicios de Abogacía Empresarial*. Recuperado de Revista Dialnet:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4213665>

- OXFAM (2014) *Pobreza y Desigualdad en el Perú: Cuando el CRECIMIENTO económico no basta*. Lima octubre 2014. <https://www.oxfamblogs.org/lac/wp-content/uploads/2014/10/Anexo-Peru-Desigualdad.pdf>
- PANFICHI, A. & CORONEL, O. (2009). *Cambios en los vínculos entre la sociedad y el Estado en el Perú: 1968 – 2008*. En: *Cambios sociales en el Perú 1968 - 2008*. Homenaje a Denis Sulmont. Lima: Fondo Editorial de Pontificia Universidad Católica del Perú
- PANFICHI, A. (2019). *Más allá de la idea de crisis de representación política en el Perú*. En *Aproximaciones al Perú de hoy desde las ciencias sociales*. (pp. 179 - 199). Lima: Fondo Editorial de Universidad del Pacífico.
- PARASUMARAN, A., BERRY, L. L Y ZEITHAML, V.
 1991 *Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale*. Journal of Retailing, 67 (4), 420-450.
 1988 SERVQUAL; *a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality*. Journal of Retailing. 64(1), Primavera. 12-40
 1985 *A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, 49 (4), 41-50.
- PEASE, H. (2014). *Presentación*. En: *Inclusión Social: Enfoques, Políticas y Gestión Pública en el Perú*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- PEREIRO, J. (2008). La Satisfacción del Usuario. Recuperado de <http://www.portalcalidad.com/articulos/71-la-satisfaccion-del-usuario-iso-9001>
- PEREYRA, O. (1990-2004). *Políticas Sociales en la Lima Neoliberal. Un acercamiento desde Cuatro Estudios de Caso en Lima Norte*. Centro Alternativa. Recuperado de: <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/claspo/rtc/0055.pdf>
- PÉREZ, T., RODRÍGUEZ, A., SUÁREZ, J., RODRÍGUEZ, L., GARCÍA, M. Y RODRÍGUEZ, J. (2012). *Satisfacción del paciente en una Unidad de Diálisis. ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis?* Enferm Nefrol 2012; 15 (2), 101-107.
- PETRERA, M. (2007). *Reflexiones y retos de la economía de la salud en América Latina* *Economía y Sociedad* 64, CIES. <https://pdfs.semanticscholar.org/433e/01b9fbd4113d961b8cc02dbd7645170ea741.pdf>
- PISCO, L., BISCAIA, J. (2001) *Qualidade de cuidados de saude primarios*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol. 2, p. 43-51.

- PLAZA, Orlando (2014). *Teoría Sociológica. Enfoques diversos, fundamentos comunes*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- PODESTA, G. (2012). *Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte*. (Tesis Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú.
- POSADAS, R. (2013). *La vida de consumo o la vida social que se consume: apreciaciones sobre la tipología ideal del consumo de Zygmunt Bauman*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Centro de Estudios Políticos. Estudios Políticos núm. 29 (mayo-agosto, 2013): 115-127. Recuperado de:
[https://doi.org/10.1016/S0185-1616\(13\)72651-9](https://doi.org/10.1016/S0185-1616(13)72651-9)
- POTTER, P. (2003) *Fundamentos de Enfermería*. 5ª ED. ESPAÑA: ED HARCOUT/OCÉANO. p. 6.
- PUNET, C. (14 febrero 2017) Discapacidad y Enfermedad Renal Crónica. Fundación Renal Jaume Arnó. Recuperado de
<https://fjarno.org/es/discapacitat-i-malaltia-renal-cronica/>
- QUIJANO, Aníbal (1998). *La Economía Popular y sus caminos en América Latina*. Lima: Mosca Azul editores.
- RAMONET, I. (2009). *La catástrofe perfecta. Crisis del siglo y refundación del porvenir*. España: Icaria & Antrazyt.
- RAMOS, B. (2011) *Control de Calidad de la Atención de Salud*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana
http://files.sld.cu/scap/files/2012/01/control_calidad.pdf
- REDHEAD, R. (2015) *Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013*(Tesis de Maestría)
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4806/Redhead_gr.pdf;jsessionid=38ED338A0090975E62CAD0EB275C629E?sequence=1
- REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN N° 012-PE-ESSALUD (2007). MODIFICADO CON RESOLUCIÓN N° 252-PE-ESSALUD-2007. Disponible en:
<http://intranet.essalud/portal/modules/enterprise/testimonies.php?item=1>
- REVISTA PANAM SALUD PUBLICA/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/126-134/es>
- RIVERA, G. (2016). *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* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.

- RIBEIRO, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertacao apresentada a Escola Superior de Enfermagem S. Joao, para concurso de Provas Publicas para professor coordenador na area científica de ciencias de enfermagem. Porto.
- RIORDAN, J., VÁSQUEZ, E., VAN, R., MANN, F. y FIGUEROA, C. (2002). *El ataque a la pobreza un enfoque de mercado*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima Perú.
- RODRÍGUEZ, N., CABALLERO, K. (2013). *Calidad de Atención, desde la perspectiva del usuario en el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital San Juan de Dios* (Tesis de pregrado) Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Gobierno y Gestión Pública. Santiago - Chile.
- RODRÍGUEZ, José y Pedro FRANCKE (2017). *Presentación*. En: *Exclusión e Inclusión Social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- ROITMAN, M. (2008). *Pensar América Latina. El desarrollo de la sociología latinoamericana*. Argentina: CLACSO.
- ROMERO, L. (2008). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la Enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima. Perú.
- ROS, A. (2016). *Calidad percibida y satisfacción del usuario en los servicios prestados a personas con discapacidad intelectual*. (Tesis de Postgrado) Universidad Católica San Antonio Murcia. España.
<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1638/Tesis.pdf?sequen>
- RUANO, M. (2015). *La calidad del servicio y la satisfacción de las pacientes del área de ginecología del Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán*. (Tesis de pregrado) Universidad Politécnica Estatal del Carchi – Tulcán, Ecuador.
- RUIZ, C. (2001). *Gestión de la calidad del servicio*. Control de Gestión. Recuperado de: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
- SALAZAR BONDY, Augusto (2004) *¿Existe una filosofía en nuestra América?* México: XXI siglo veintiuno editores.
- SALAZAR, M. (2014). *Calidad de la Atención en el Embarazo y su relación con la Satisfacción de las Usuarias del Subcentro de Salud Pilahuin Canton Ambato Provincia Tungurahua* (Tesis de pregrado) Ambato- Ecuador.
- SANCHEZ, F. Y COLABORADORES (1998). *Guía de intervención de Enfermería basada en la evidencia científica Gerencia*. Colombia: Ed. Carreta.
- SARTEA, C. (2014). *El derecho al desarrollo: una cuestión de justicia y solidaridad*. Universidad La Sabana. Díkaion - ISSN 0120-8942, Año 28 - Vol. 23 Núm. 2 - Chía, Colombia - Diciembre 2014 / pp. 327-349

- SASSEN, Saskia (2015). *Expulsiones. Brutalidad y Complejidad en la Economía Global*. Argentina: Katz.
- SECLÉN J, DARRAS, C. (2005). *Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados Perú*. An Fac Med Lima.; 66 (2), 127-141
- SECLÉN S. (2008). *Pobreza e Inequidad en Salud*. Coyuntura Análisis Económico y Social de la Actualidad. Año 4 N° 21 / Noviembre - Diciembre 2018 Centro de investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas CISEPA. PUCP.
- SEGURO SOCIAL DE SALUD. GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD – ESSALUD (2010). *Guía de práctica clínica del Manejo de la Enfermedad Renal Crónica*.
- SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/>
- SEGURO SOCIAL DE SALUD. SUBGERENCIA DE EVALUACION TECNOLÓGICA- ESSALUD (2006). Boletín Tecnológico N° 20. *Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal*.
- SEGURO SOCIAL DE SALUD *Plan Estratégico Institucional EsSalud 2017-2021 - EssSalud*
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf
- SETH N, DESHMUKH S, VRAT P. *Service quality models: a review*. International journal of quality & reliability management. 2005; 22(9): 913-949.
- SULMONT, D. (2012). *La cuestión laboral en el Perú: Cambios y Retos actuales. En Cambios en los vínculos entre la sociedad y el Estado en el Perú: 1968 – 2008*. Homenaje a Denis Sulmont. (pp. 193-228). Lima: Fondo Editorial de Pontificia Universidad Católica del Perú.
- TARAZONA, J. (08 de mayo del 2018). *Pobreza, anemia y crisis del modelo neoliberal en el Perú*. Diario El Siglo. Recuperado de: <http://diarioelsiglo.com/pobreza-anemia-crisis-del-modelo-neoliberal-peru/>
- THOMPSON, I. (2006). *La Satisfacción del Usuario*. Texas EE.UU <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/satisfacción.usuario.htm>
- UGARTECHE, O. (2004). *ADIÓS ESATADO BIE3NVENIDO MERCADO*. LIMA: FRIEDERICH EBERT STIFTUG-UNMSM.
- UGARTECHE, O. (2019). *MODERNIZACIÓN REFORMISTA Y DEUDA EXTERNA EN EL PERÚ, 1963-1976*. LIMA: IEP.
- URIBE, E. (08 DE MARZO DE 2008). *Modelo Kano de Satisfacción del Usuario*. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/modelo-kano-de-satisfaccion-del-usuario/>

- URQUIO, M. (2014). *La Teoría de las Capacidades de Amartya Sen*. Edetania 46. 63-80. ISSN: 0214-8560. Recuperado de [file:///C:/Users/IV/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDeLasCapacidadesEnAmartyaSen-5010857%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/IV/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDeLasCapacidadesEnAmartyaSen-5010857%20(3).pdf)
- URURE, I. (2007). *Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica* (Tesis Doctoral) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ica- Perú.
- VARGAS WINSTANLEY, Silvana y Carolina TRIVELLI ÁVILA (2017). *Transitando del discurso a la práctica: conexiones y reflexiones sobre desarrollo humano y política pública a partir de la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en el Perú*. En: *Ética, Agencia y Desarrollo Humano*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- VELASQUEZ, A., SUAREZ, D. Y NEPO-LINARES, E. *Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol.33 no.3 Lima jul. /set. 2016. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.333.2338>
- VELIZ, M. Y VILLANUEVA, R. (2013). *Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (CERITS) de la Lima II LIMA SUR*. (Tesis de Maestría) Pontificia Universidad Católica del Perú.
- VENADO, A., MORENO, J., RODRIGUEZ, M. Y LOPEZ, M. *Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf.
- VICUÑA, M. (2002). *Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos*. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 63, No. 1, pp. 40-50)
- WIKIPEDIA. *Enfermedad Renal Crónica*. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_renal_cr%C3%B3nica
- WIKIPEDIA. *Calidad*. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Calidad>
- ZAMORANO, A. (2018). *Estilos de vida saludables y enfermedades crónicas. Adherencia & Cronicidad & Pacientes*. <https://www.adherencia-cronicidad-pacientes.com/cronicidad/estilos-de-vida-saludables-y-enfermedades-cronicas/>
- ZEITHAML, V. y BITNER, M (2002). *Marketing de Servicio*. Fic. Graw-Hill Interamericana. Mexico, segunda edición.

CUADRO N° 1
EDAD DE LOS USUARIOS EN CENTROS CONTRATADOS DE
HEMODIÁLISIS DE ESSALUD EN LIMA Y CALLAO
2017

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 18 - 29	20	5.7	5.7	5.7
30 - 39	28	8.0	8.0	13.8
40 - 49	42	12.0	12.0	25.8
50 - 59	76	21.8	21.8	47.6
60 - 69	93	26.6	26.6	74.2
70+	90	25.8	25.8	100.0
Total	349	100.0	100.0	

CUADRO N° 2
SEXO DE LOS USUARIOS EN CENTROS CONTRATADOS DE
HEMODIÁLISIS DE ESSALUD EN LIMA Y CALLAO
2017

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	172	49,3	49,3	49,3
Masculino	177	50,7	50,7	100,0
Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL USUARIO EN LOS CENTROS
CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Analfabeto	10	2,9	2,9	2,9
Primario	68	19,5	19,5	22,3
Secundario	151	43,3	43,3	65,6
Técnico	28	8,0	8,0	73,6
Universitario	16	4,6	4,6	78,2
Profesional	76	21,8	21,8	100,0
Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 4
TIPO DE SEGURO DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS
CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

Tipo de Seguro		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Activo	115	33,0	33,0	33,0
	Pensionista	151	43,3	43,3	76,2
	Derechohabiente	75	21,5	21,5	97,7
	Trabajador del Hogar	3	,9	,9	98,6
	Otros	5	1,4	1,4	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 5
USUARIOS SEGUUN HOSPITAL DE PROCEDENCIA EN LOS
CENTROS CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE
ESSALUD EN LIMA Y CALLAO 2017

Hospital		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HNERM	185	53,0	53,0	53,0
	HNGAI	114	32,7	32,7	85,7
	SABOGAL	50	14,3	14,3	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 6
USUARIOS SEGÚN ZONA DE UBICACIÓN EN LOS
CENTROS CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE
ESSALUD EN LIMA Y CALLAO 2017

Zona de Ubicación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sur	95	27,2	27,2	27,2
	Este	16	4,6	4,6	31,8
	Norte	14	4,0	4,0	35,8
	Centro	215	61,6	61,6	97,4
	Oeste	9	2,6	2,6	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 7
USUARIOS SEGÚN TURNO DE ATENCIÓN EN LOS CENTROS
CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD EN LIMA Y
CALLAO 2017

Turno de Atención		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primer Turno	103	29,5	29,5	29,5
	Segundo Turno	120	34,4	34,4	63,9
	Tercer Turno	93	26,6	26,6	90,5
	Cuarto Turno	33	9,5	9,5	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 8
USUARIOS SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO EN LOS
CENTROS CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 1 año	113	32,4	32,4	32,4
	1 – 2	64	18,3	18,3	50,7
	2 – 3	32	9,2	9,2	59,9
	3 - 4	32	9,2	9,2	69,1
	4 a más	108	30,9	30,9	100,0
	Total	349	100,0	100,0	

CUADRO N° 9
ELEMENTOS TANGIBLES EN LOS CENTROS CONTRATADOS
DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD EN LIMA Y CALLAO 2017

		Elementos Tangibles				Total
		Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Niveles de Satisfacción	Bajo	1	2	0	0	3
	Medio	0	7	4	0	11
	Alto	0	99	234	2	335
Total		1	108	238	2	349

CUADRO N° 13
NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE
SERVICIO EN LOS CENTROS CONTRATADOS
DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

Nivel de Satisfacción	Elementos Tangibles	Capacidad de Respuesta	Empatía	Confianza	Calidad Técnicaal	Valor Percibido
Insatisfecho	1	10	4	8	11	3
Baja Satisfacción	108	65	51	49	60	11
Satisfecho	240	274	294	292	278	335
Total	349	349	349	349	349	349

CUADRO N° 14
CALIDAD DE SERVICIO Y CONFIANZA EN LOS CENTROS
CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

		Confianza				Total
		Malo	Regular	Buena	Excelente	
Nivel de Satisfacción	Bajo	2	1	0	0	3
	Medio	3	4	4	0	11
	Alto	3	44	182	106	335
Total		8	49	186	106	349

CUADRO N° 15
CALIDAD DE SERVICIO Y CALIDAD TÉCNICA EN LOS CENTROS
CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

		Calidad Técnica					Total
		Pésimo	Malo	Regular	Buena	Excelente	
Calidad de Servicio	Bajo	0	2	1	0	0	3
	Medio	0	1	5	5	0	11
	Alto	1	7	54	127	146	335
Total		1	10	60	132	146	349

CUADRO N° 16
CALIDAD DE SERVICIO Y VALOR PERCIBIDO EN LOS CENTROS
CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD
EN LIMA Y CALLAO 2017

		Valor Percibido				Total
		Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Calidad de Servicio	Bajo	3	0	0	0	3
	Medio	2	5	4	0	11
	Alto	1	19	197	118	335
Total		6	24	201	118	349

ANEXOS

1. Validación de instrumentos

La validez de la recolección de datos se efectuó mediante la validez de las preguntas de la encuesta a los usuarios por medio del juicio de 3 expertos.

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quién suscribe Lic. mediante la presente hago constar que:

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos del trabajo de grado titulado: **CALIDAD DE SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LOS CENTROS CONTRATADOS DE HEMODIÁLISIS DE ESSALUD EN LIMA Y CALLAO - 2017**, elaborado por la Lic. **ISABEL VERONICA CHOQUECAHUA BUTRÓN** aspirante al Grado Académico de **MAGISTER EN POLITICA SOCIAL GESTION DE PROYECTOS SOCIALES**, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto, aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente:

DNI:

Lima, Diciembre del 2017

2. Confiabilidad de instrumentos

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó la encuesta arrojando un coeficiente alfa de Cron Bach de 0.941, lo cual permite decir que el instrumento empleado tiene un alto nivel de confiabilidad para ser aplicado.

3.

ENCUESTA

C.DIALISIS	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	EDAD	<input type="text"/>	SEXO	<input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M							
Hosp.Proced.	<input type="text"/>	GºInstrucc.	<input type="text"/>	Analf.	<input type="text"/>	Prim.	<input type="text"/>	Sec.	<input type="text"/>	Técnc	<input type="text"/>	Univ	<input type="text"/>	Profes.	<input type="text"/>
Tipo de Aseg. :	Activo	<input type="radio"/>	Pensionista	<input type="radio"/>	Derec.Hab.	<input type="radio"/>	Trab.Hogar	<input type="radio"/>	Otros	<input type="radio"/>					
Turno/Atención (1,2,3,4 T):	<input type="text"/>	Tiempo.tto. Centro	<input type="text"/>	Años	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>								

I.- CALIFICACION POR DECLARACIONES

Reciba usted un cordial saludo, el motivo de la presente encuesta es conocer su opinión sobre la atención que se le brinda durante su tratamiento de hemodiálisis, con la finalidad de adoptar medidas que contribuyan a mejorar la calidad de atención.

1.- Los ambientes de este Centro (Salas, Hall, SS.HH.) están limpios y ordenados?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

2.- La señalización (entrada, salida, vías de escape de emergencia, etc) y/o indicaciones para orientarlo es:

1	2	3	4	5
Pésima	Mala	Regular	Buena	Excelente

3.- La iluminación de los ambientes por donde transita es:

1	2	3	4	5
Pésima	Mala	Regular	Buena	Excelente

4.- El estado de las sillas de la sala de espera es:

1	2	3	4	5
Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente

5.- Los sillones para hemodiálisis son:

1	2	3	4	5
Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente

6.- Durante su tratamiento, la máquina de hemodiálisis presenta fallas?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

7.- El personal médico brinda información acerca de sus resultados de laboratorio y del tratamiento que debe seguir?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

8.- La enfermera tiene suficiente habilidad para el manejo de agujas?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

9.- Recibe atención inmediata cuando se le presenta molestias como : calambres, dolor de cabeza, vómitos, etc.

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

10.- Considera que el médico le brinda el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

11.- Considera que el trato que se le brinda en la mayoría de veces es amable?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

12.- De acuerdo a su turno de tratamiento. Considera que el tiempo de espera hasta el momento de la atención es:

1	2	3	4	5
Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente

13.- El personal de salud brinda información y atención personalizada?

1	2	3	4	5
Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente

14.- El personal de salud comprende sus necesidades y problemas ?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

15.- El personal médico y de enfermería le transmite confianza y seguridad durante su atención?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

16.- La presentación e higiene del personal que lo atiende en el Centro es:

1	2	3	4	5
Pésima	Mala	Regular	Buena	Excelente

17.- Los trabajadores del centro están dispuestos a atenderlo en sus necesidades con rapidez?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

18.- El Personal de Salud le indica que lo llame si se siente con malestar?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

II.- RENDIMIENTO PERCIBIDO

19.- Considera que el personal de salud respeta su privacidad durante su terapia de hemodialisis?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

20.- Se siente conforme con el trabajo que realiza el personal de salud que lo atiende?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

21.- Se siente cómodo con el ambiente físico que le brinda el centro?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

III.- EXPECTATIVAS

22.- La atención que le brinda el personal de salud es el esperado?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

23.- Considera Usted que puede expresar lo que piensa y desea respecto a su atención de salud?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

IV.- NIVELES DE SATISFACCION

24.- Se siente satisfecho con la atención recibida?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

25.- Esta de acuerdo en que se respete la programación de su horario de tratamiento?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

26.- Le complace que el personal de salud lo trate con respeto y paciencia?

1	2	3	4	5
Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre

27.- Califique la atención del siguiente personal:

PERSONAL	PÉSIMO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
MEDICO					
ENFERMERA					
ASISTENTE SOCIAL					
NUTRICIONISTA					
PSICOLOGO					
TECNICO DE ENFERMERIA					
VIGILANCIA					
LIMPIEZA					

28.- Califique la calidad de la atención en este Centro:

1	2	3	4	5
Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente

Si la calificación no es Excelente pregunte:

Por qué?