



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Relación entre el tiempo de espera para atención y percepción de la calidad de atención en pacientes del servicio de odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que fueron intervenidos en sala de operaciones durante el año 2016

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia con
mención en Servicios de Salud

AUTOR

Alejandro Arturo GUTIÉRREZ PATIÑO-PAUL

ASESOR

Pedro Jesús MENDOZA ARANA

Lima, Perú

2018



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

Gutiérrez A. Relación entre el tiempo de espera para atención y percepción de la calidad de atención en pacientes del servicio de odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que fueron intervenidos en sala de operaciones durante el año 2016 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2018.



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



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 23 días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho siendo las 02:00 pm, bajo la presidencia del Mg. Esteban Eduardo Zárate Cárdenas con la asistencia de los Profesores: Mg. Sonia Shishido Sánchez (Miembro), Mg. Elsy Haydee Mini Díaz (Miembro), Mg. Ronald Espiritu Ayala Mendiivil (Miembro) y el Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana (Asesor); el postulante al Grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, Bachiller en Odontología, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS QUE FUERON INTERVENIDOS EN SALA DE OPERACIONES DURANTE EL AÑO 2016"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **C BUENO 15**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** a la postulante **ALEJANDRO ARTURO GUTIÉRREZ PATIÑO-PAUL**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 03:00 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Sonia Shishido Sánchez
Profesora Asociada
Miembro

Mg. Elsy Haydeé Mini Díaz
Profesora Principal
Miembro

Mg. Ronald Espiritu Ayala Mendiivil
Profesor Asociado
Miembro

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana
Profesor Principal
Asesor

Mg. Esteban Eduardo Zárate Cárdenas
Profesor Principal
Presidente

DEDICATORIA

A mi familia que siempre
está a mi lado,
especialmente, a mi
esposa e hijos por su
amor, comprensión y
aliento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por haberme permitido alcanzar este importante logro personal.

A mi asesor de tesis, Dr. Pedro Mendoza Arana, quien me ayudó a sacar adelante este trabajo de tesis con paciencia y dedicación; asimismo me dio las herramientas necesarias para ser un mejor profesional.

A mis colegas y amigos por su apoyo incondicional para la realización de esta tarea académica.

Al personal Asistencial y Administrativo del HNERM, quienes me brindaron, de manera muy amable, la información necesaria para la realización de este trabajo de tesis

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
LISTA DE CUADROS	vi
LISTA DE FIGURAS	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	xii

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

	<u>Pág.</u>
Introducción	1
1.1. Situación Problemática	3
1.1.1. Seguro Social de Salud – EsSalud	9
1.1.1.1. Intervenciones Quirúrgicas	9
1.1.2. Capacidad Instalada HNERM.....	11
1.1.2.1. Hospitalización HNERM.....	11
1.1.2.2. Centro Quirúrgico HNERM.....	14
1.1.3. Servicio de Odontoestomatología HNERM.....	17
1.1.3.1. Modelo general de Proceso quirúrgico	21
1.2. Formulación del Problema	24
1.2.1. Problema general	24
1.2.2. Problemas específicos	24
1.3. Justificación.....	25
1.4. Hipótesis.....	27
1.4.1. Hipótesis general.....	27
1.4.2. Hipótesis específicas	27
1.5. Objetivos	28

1.5.1. Objetivo general.....	28
1.5.2. Objetivos específicos	28

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Filosófico de la investigación	29
2.2. Antecedentes de la Investigación	31
2.2.1. Estudios sobre Calidad de Servicio.....	31
2.2.2. Estudios sobre Tiempo de Espera	35
2.3. Bases Teóricas.....	44
2.3.1. Conceptos de Calidad.....	44
2.3.2. Medición de la Calidad de Servicio	45
2.3.3. Teoría de Colas	47
2.3.4. Tiempo de Espera y Lista de Espera.....	49
2.3.4.1. Tiempos de Espera Quirúrgicos en Países de la OECD	57
2.3.4.2. Iniciativas Políticas de Gestión de Tiempos de Espera	61
2.3.4.3. Lista de Espera en el HNERM.....	63

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	67
3.1.1. Variables de Estudio	67
3.1.2. Estrategia.....	68
3.2. Población de Estudio.....	71
3.2.1. Unidad de Análisis	71
3.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión	71
3.2.3. Población de Estudio.....	72
3.3. Recolección de Datos.....	74
3.3.1. Instrumento de Medición	74
3.3.2. Validez del Instrumento	75
3.3.3. Procesamiento y Análisis de los Datos	76

3.4. Aspectos Éticos	77
----------------------------	----

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Análisis de Datos Generales del Encuestado	78
4.1.1. Datos Generales Demográficos.....	78
4.1.2. Datos Generales Socioeconómicos	81
4.2. Percepción de la Calidad de Atención según dimensiones del SERVQUAL.....	87
4.2.1. Satisfacción Global	93
4.2.2. Análisis de percepción de la calidad de atención según Matriz de mejora	94
4.3. Datos sobre Afectación de la Calidad de Vida y Tiempo de Espera	96
4.4. Datos Demográficos según Satisfacción del Paciente	100
4.4.1. Datos Generales Demográficos según satisfacción del paciente	100
4.4.2. Datos Socioeconómicos según satisfacción del paciente.....	103
4.5. Prueba de Hipótesis.....	108
DISCUSIÓN	115
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES	128
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	130
ANEXOS	139
Anexo 1: Consentimiento informado de participación en la Investigación	140
Anexo 2: Instrumento de medición.....	141
Anexo 3: Operacionalización de variables	145

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

<u>Cuadro</u>	<u>Pág.</u>
1. Distribución de servicios quirúrgicos en sala de operaciones HNERM	15
2. Pacientes intervenidos en SOP- Servicio de Odontoestomatología 2016.....	20
3. Conceptos de Calidad.....	45
4. Escala SERVQUAL	47
5. Tiempos de Espera para Cirugía Electiva	60
6. Lista de Políticas y Programas de Gestión de Lista de Espera.....	61
7. Promedio de Tiempo de Espera Quirúrgico en días en el HNERM (2016).....	64
8. Baremación Matriz de Mejora	70
9. Distribución de las preguntas en la encuesta.....	75
10. Datos generales demográficos.....	81
11. Datos generales socioeconómicos.....	86
12. Resultados Dimensión Aspectos Tangibles	88
13. Resultados Dimensión Fiabilidad	89
14. Resultados Dimensión Capacidad de Respuesta.....	90
15. Resultados Dimensión Seguridad	91
16. Resultados Dimensión Empatía	92
17. Satisfacción Global	93
18. Matriz de mejora SERVQUAL modificado.....	95
19. Afectación de la Calidad de Vida.....	96
20. Tipo de afectación de la calidad de vida	97
21. Tiempo transcurrido desde la decisión de tratamiento quirúrgico hasta la intervención quirúrgica	99
22. Datos generales demográficos según satisfacción de paciente	102
23. Datos generales socioeconómicos según satisfacción del Encuestado	107
24. Correlación entre tiempo de espera y percepción de la calidad de atención.....	109
25. Correlación entre Tiempo de Espera mayor a 180 días e Insatisfacción	111

26. Correlación entre Afectación de calidad de vida e Insatisfacción por Tiempo de Espera.....	112
27. Correlación entre Tiempo de Espera mayor a 180 días y Afectación de la Calidad de vida	113

FIGURAS

<u>Figura</u>	<u>Pág.</u>
0. Estructura general de la tesis.....	xiii
1. Diagrama de Ishikawa, servicio de Odontoestomatología.....	6
2. Evolución de la Lista de Oportunidad Quirúrgica 2012-2016.....	10
3. Evolución del Tiempo de Oportunidad Quirúrgica 2012-2016.....	10
4. Camas de hospitalización HNERM 2016, según Gerencia.....	12
5. Distribución de camas de hospitalización HNERM 2016.....	12
6. Camas de hospitalización según Departamento, Gerencia Clínica.....	13
7. Camas de hospitalización según Departamento, Gerencia Quirúrgica.....	13
8. Camas de hospitalización del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello.....	14
9. Tipo de cirugía según nivel de complejidad HNERM.....	16
10. Tipo de cirugía según nivel de complejidad HNERM.....	16
11. Organigrama Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello.....	17
12. Pacientes intervenidos servicio de Odontoestomatología 2016, según edad.....	18
13. Pacientes intervenidos servicio de Odontoestomatología 2016, según género....	19
14. Producción de cirugías servicio de Odontoestomatología 2016.....	20
15. Proceso Quirúrgico (Cirugía Electiva) Servicio de Odontoestomatología.....	23
16. Población asegurada con intervención quirúrgica, según tiempo transcurrido desde que el medico indico cirugía hasta que se operó.....	37
17. Evaluación del usuario sobre calidad de servicio.....	46
18. Determinantes del tiempo de espera.....	49
19. Puntos de partida para medir los tiempos de espera.....	50
20. Determinantes de variaciones en los Tiempos de Espera.....	52
21. Tiempos de espera de 4 meses o más para cirugía electiva.....	60
22. Abordaje de las listas de espera, estrategias para reducir el tamaño y/o el tiempo de espera.....	63
23. Consolidado mensual de promedio de tiempo de espera quirúrgica del HNERM.....	65
24. Consolidado mensual de número de pacientes en espera quirúrgica del HNERM.....	66

25. Correlación de las variables de Investigación	69
26. Flujo de participantes en el estudio	73
27. Genero de los encuestados	79
28. Edad de los encuestados	80
29. Grado de instrucción de los encuestados	80
30. Relación del encuestado con el paciente	82
31. Ocupación del encuestado	82
32. Ingreso familiar mensual	83
33. Zona de residencia del encuestado	84
34. Lugar de residencia del encuestado	84
35. Tipo de seguro del encuestado	85
36. Medio de transporte para llegar al hospital	86
37. Resultados dimensión Aspectos tangibles	88
38. Resultados dimensión Fiabilidad	89
39. Resultados dimensión Capacidad de respuesta	90
40. Resultados dimensión Seguridad	91
41. Resultados dimensión Empatía	92
42. Resultados Satisfacción Global	94
43. Afectación de calidad de vida por tiempo de espera	96
44. Tiempos de espera según subproceso de atención	98
45. Tiempo de espera en días	99
46. Satisfacción según genero del encuestado	101
47. Satisfacción según edad del encuestado	101
48. Satisfacción según grado de instrucción	102
49. Satisfacción según ocupación del encuestado	104
50. Satisfacción según ingreso familiar mensual	105
51. Satisfacción según zona de residencia	105
52. Satisfacción según lugar de residencia	106
53. Satisfacción según tipo de seguro	106
54. Satisfacción según medio de transporte para llegar al hospital	107

RESUMEN

La presente investigación plantea como problema ¿cuál es la relación entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención de los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva durante al año 2016? Se tuvo como objetivo general determinar la relación entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención. Mediante el instrumento SEVQUAL modificado se determinó los grados de satisfacción e insatisfacción, los resultados se correlacionaron con el tiempo de espera superior a 180 días y con la afectación de la calidad de vida del paciente, además, se evaluó cuál de estos factores ejerce mayor influencia sobre el grado de insatisfacción. De los 140 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se procesaron 84 encuestas. El grado de satisfacción de los pacientes (o familiares) es del 44% y el grado de insatisfacción es del 56%. Cuando se compararon el tiempo de espera mayor a 180 días y la afectación de la calidad de vida, con la insatisfacción, se concluyó que el tiempo de espera superior a 180 días ($p=0,04$) y la afectación de la calidad de vida ($p=0,01$) influyen de manera estadísticamente significativa ($p<0,05$) en la insatisfacción en los pacientes; además los pacientes que están más de 180 días en tiempo de espera tienen 2,6 veces más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción, en relación a los que tienen un tiempo de espera menor de 180 días; asimismo los pacientes afectados presentan 3,4 veces más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción en relación a los no afectados. Por último, se determinó que los pacientes afectados ($p=0,01$) presentan 3,3 más posibilidad de insatisfacción, en relación con los pacientes con más de 180 días de tiempo de espera ($p=0,05$), los cuales presentan 2.5 más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción. Se concluye que existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención; además, el grado de insatisfacción de los encuestados está asociado, sobre todo, a la afectación de la calidad de vida más que al propio tiempo de espera.

PALABRAS CLAVE: calidad de servicio, tiempo de espera, lista de espera, servicio de Odontoestomatología.

SUMMARY

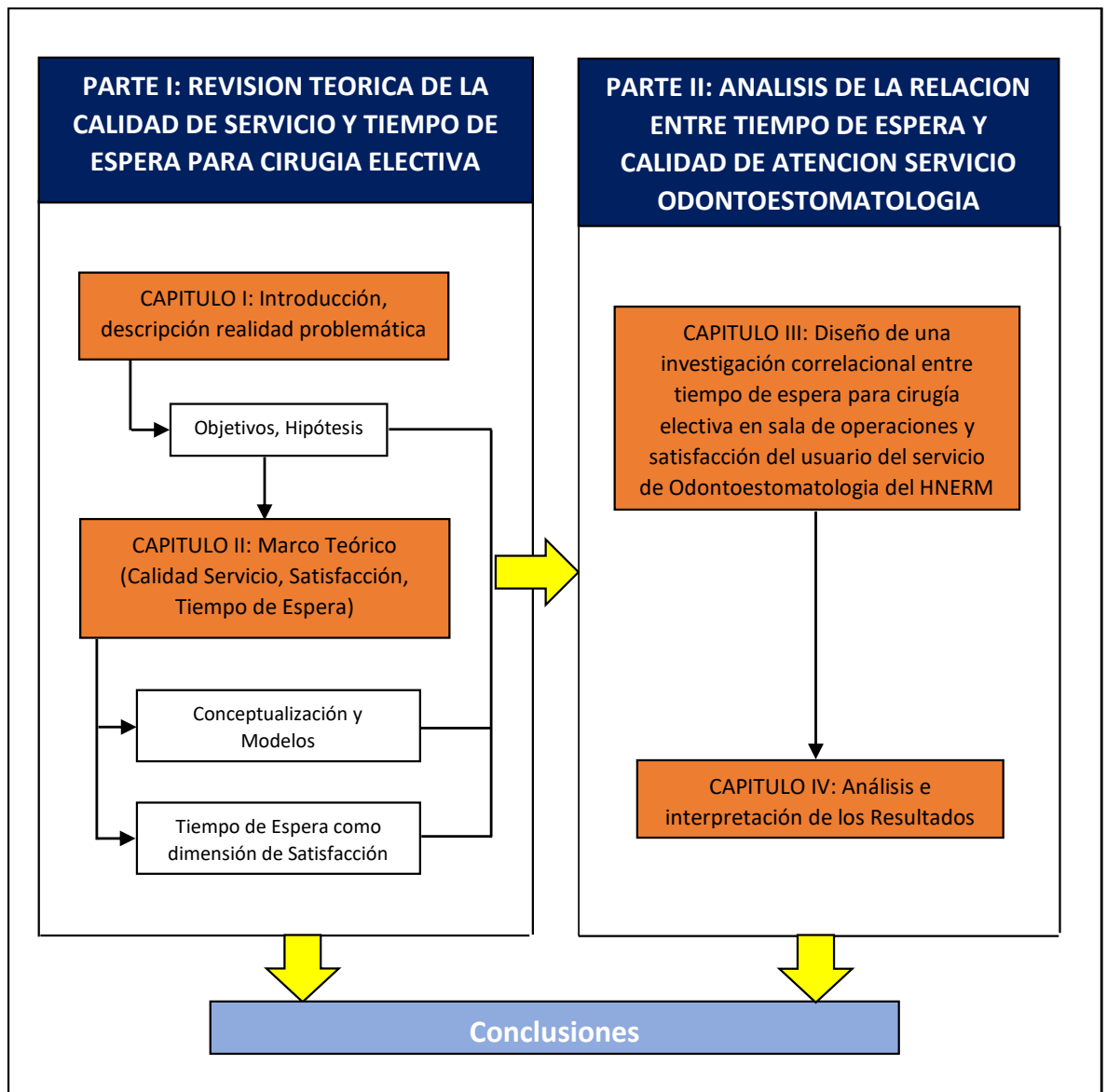
The present investigation poses as a problem what is the relationship between the waiting time for care and the perception of the quality of care of patients (or family members) of the Odontostomatology service of HNERM, who were operated on in the operating room under the modality of elective surgery during the year 2016? The general objective was to determine the relationship between the waiting time for attention and the perception of quality of care. By means of the modified SEVQUAL instrument, the degree of satisfaction and dissatisfaction was determined, the results were correlated with the waiting time of more than 180 days and the patient's quality of life was affected, as well as which of these factors was most influenced about the degree of dissatisfaction. Of the 140 patients who met the inclusion criteria, 84 surveys were processed. The degree of satisfaction of patients (or relatives) is 44% and the degree of dissatisfaction is 56%. When the waiting time greater than 180 days was compared and the quality of life was affected, with dissatisfaction, it was concluded that the waiting time was greater than 180 days ($p = 0.04$) and the quality of life was affected. ($p = 0.01$) influence statistically significant ($p < 0.05$) in the dissatisfaction in patients; in addition, patients who are more than 180 days in waiting time have 2.6 times more chance of dissatisfaction occurrence, in relation to those who have a waiting time of less than 180 days; Likewise, the affected patients present 3.4 times more possibility of dissatisfaction occurrence in relation to those not affected. Finally, it was determined that the affected patients ($p = 0.01$) presented 3.3 more possibilities of dissatisfaction, in relation to patients with more than 180 days of waiting time ($p = 0.05$), which presented 2.5 more possibility of dissatisfaction occurrence. It is concluded that there is an inverse relationship between the waiting time for attention and the perception of quality of care; In addition, the degree of dissatisfaction of the respondents is associated, above all, with the affectation of the quality of life rather than the waiting time itself.

KEY WORDS: quality of service, waiting time, waiting list, Odontostomatology service.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- AFP:** Administradora de fondos de pensiones
- APP:** Asociación público privada
- CAP:** Centro de atención primaria
- CAS:** Centro de Atención de salud
- CELIM:** Centro de emergencia de Lima
- ENSSA:** Encuesta nacional socioeconómica de acceso a la salud
- EPS:** Entidad Prestadora de Salud
- HNERM:** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
- INCOR:** Instituto nacional del corazón
- IPRESS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud
- LUOQx:** Lista única de oportunidad quirúrgica
- MOPRI:** Modulo preoperatorio integrado.
- OCDE:** Organización para la cooperación y el desarrollo económicos
- OMS:** Organización mundial de la salud
- ONP:** Oficina de normalización previsional
- RAR:** Red asistencial Rebagliati
- RN:** Riesgo neumológico
- ROF:** Reglamento de organización y funciones
- RQ:** Riesgo quirúrgico
- SGH:** Sistema de gestión hospitalaria.
- SOP:** Sala de operaciones
- UBAP:** Unidad básica de atención primaria
- UCA:** Unidad de Cirugía ambulatoria
- UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

Figura 0. Estructura general de la Tesis



Fuente. Elaboración propia

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los tiempos de espera para cirugía electiva son indicadores que legitiman socialmente los servicios sanitarios públicos (si su situación es la adecuada), por eso las instituciones de salud públicas se esfuerzan por demostrar que mantienen tiempos de espera adecuados. Por otra parte, también afectan de manera indirecta al profesional, tanto en su relación médico-paciente, como en la insatisfacción que produce al no poder resolver un problema sociosanitario (Moya, 2005).

Se producen por el desequilibrio entre la oferta y la demanda, y se caracterizan por que solo aparecen en los sistemas con aseguramiento universal y costo cero o prácticamente cero, los pacientes pagan un “precio tiempo” en lugar de un precio monetario, en presencia de precios las listas de espera y los tiempos de espera desaparecen (como ocurre en los sistemas sanitarios privados). Pero no siempre tienen efecto negativo, pues en ocasiones es hasta conveniente mantenerlos, ya que pueden cumplir un doble objetivo: favorecer el máximo aprovechamiento de recursos y autorregular la demanda (y desincentivar la demanda oculta) (Cano *et. al.*, 2002; Moya, 2005).

La literatura actual sobre la identificación y cuantificación de los determinantes de los tiempos de espera, hace sobre todo uso de la perspectiva económica y la “teoría de colas” (INSP, 2011; MINSA Chile, 2010; Gallego, 2016), o “modelos de simulación” (Moya, 2005). Recientemente, el debate se ha orientado hacia la cuantificación de la capacidad instalada necesaria para mantener listas de espera seguras y así garantizar tiempos de espera razonables.

En la primera parte de este trabajo de investigación denominada Introducción, se sustenta la selección del problema de investigación, esta parte incluye secciones sobre las intervenciones quirúrgicas en EsSalud, la capacidad instalada del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) y el modelo de proceso quirúrgico del servicio de Odontología, además se presenta la justificación, los objetivos de la investigación, y la formulación de las hipótesis.

En la segunda parte llamada Marco teórico, se presenta el marco filosófico de la investigación, se analizan los antecedentes identificados luego de la revisión de la literatura existente, posteriormente se presentan las bases teóricas que incluyen conceptos sobre calidad de servicio, tiempo de espera y lista de espera para cirugía electiva en sala de operaciones, además se plantean las estrategias para el abordaje de este problema en países de la OCDE y en el HNERM.

La tercera parte se denomina Metodología de la investigación, contiene la sustentación de la tipificación y el diseño de la investigación, se indica la definición de las variables, las características de la población de estudio, se describe el instrumento elaborado para recoger la información y el procedimiento de validación del mismo, se detalla cómo se realizó el procedimiento de recolección de datos, y el procesamiento y análisis de estos, por último, se incluyen los aspectos éticos.

La cuarta parte se denomina Resultados, en la cual se realiza la presentación de los datos que se obtuvieron luego de la administración de encuestas en la población de estudio, para ello se emplearon cuadros y figuras que permiten sintetizar esta información. Así también, se interpretan los resultados obtenidos de la correlación de las variables de estudio.

Finalmente, se incorporan las conclusiones, discusión y recomendaciones del estudio con la finalidad de que esta información pueda revisarse y emplearse para realizar planes de mejora que permitan cambiar las estrategias para abordar el problema de tiempos de espera para cirugía electiva en sala de operaciones en nuestro país, que incluyan políticas no solo de aumento de oferta, sino también de disminución de la demanda o la mejora de salidas de lista de espera.

1.1. Situación Problemática

El problema se inserta en el contexto de la necesidad de la atención oportuna a los pacientes que requieren intervención quirúrgica en sala de operaciones, entendiéndose como atención oportuna aquella en la que los pacientes deberían haber resuelto el problema por el que se programaron para cirugía en el menor tiempo, sin que se vea afectada su calidad de vida. No hay consenso internacional sobre lo que representa una espera “excesiva”, varios países de la OCDE han fijado metas de tres a seis meses (Cisneros, 2010).

Los tiempos de espera son un problema común de muchos países alrededor del mundo, tanto por sus efectos en los pacientes como en los sistemas de salud en general. Estos efectos están relacionados con el deterioro del estado de salud de los pacientes, la prolongación de su sufrimiento y la erosión de la legitimidad de los sistemas de salud. Para gestionar los tiempos de espera, los países de la OCDE han implementado diferentes mecanismos basados en el aumento de la oferta de recursos (hospitales, quirófanos, especialistas, etc.), la disminución de la demanda, o en factores que mejoren las salidas de las listas de espera. Por ejemplo, algunos países han establecido sanciones económicas para que los prestadores cumplan con los tiempos de espera establecidos (Inglaterra), mientras que otros han implementado esquemas de incentivos entre los profesionales y los prestadores (Holanda) (BID, 2016); una de las medidas más utilizadas a nivel internacional es establecer plazos máximos de espera. Sin embargo, para que estos plazos máximos consideren las condiciones reales de la provisión de servicios, es necesario cuantificar dichos tiempos y determinar la disponibilidad de los recursos físicos, materiales y humanos necesarios para llevar a cabo dichas intervenciones (INSP, 2011).

A nivel de Latinoamérica se adoptaron algunas estrategias para abordar este problema; en Chile se definió un plan de beneficios en salud, conocido como “Garantías Explícitas en Salud” (GES), que priorizó las enfermedades más relevantes (definidas a partir de criterios como magnitud, transición epidemiológica, efectividad, oferta

disponible, carga financiera y consenso social). El plan definió no solamente los criterios de acceso efectivo a servicios, sino también garantías específicas de espera (BID, 2016); en Uruguay, a partir del año 2007, se priorizan plazos máximos de manera progresiva para las especialidades y procedimientos más críticos (BID, 2016); en Costa Rica, a partir de 2003 se estableció una comisión que analizó la problemática, se definió una estructura enfocada en la remisión del número de pacientes por parte de los centros, y se implementó la primera metodología de conteo de pacientes, en 2008 empezó un plan piloto de cirugía vespertina en 3 hospitales, a partir de allí las listas de espera para cirugías y citas de consulta externa se han mantenido casi constantes (Monge *et. al.*, 2014).

En nuestro país no se cuenta con mediciones sistemáticas y sólidas de los tiempos de espera para la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas por lo que no se tiene evidencia de que estos sean los adecuados. La estrategia para abordar este problema en nuestro medio se enfoca básicamente en políticas de oferta. EsSalud el año 2009 emite la Directiva N° 03, que establece las normas técnico-administrativas para la admisión y programación de los pacientes asegurados que requieran intervenciones quirúrgicas en los hospitales e institutos de EsSalud, estableciendo como meta un tiempo de espera quirúrgico menor a 45 días (EsSalud, 2009; EsSalud, 2015); el año 2017 la Gerencia Quirúrgica del HNERM implementa el “Portal Web Lista de Espera Quirúrgica”, que es un sistema informático en red que actualiza permanentemente la lista de espera de los servicios que pertenecen a esta gerencia (con datos a partir del mes de enero del año 2015) (Portal de EsSalud, 2016). El Ministerio de Salud (Minsa) enfoca el problema de tiempos de espera para cirugía electiva, también mediante el aumento de la oferta, a través del plan “Más Salud” (Portal del MINSA, 2016).

Según el consolidado del promedio del tiempo de espera para cirugía electiva del año 2016 del HNERM, elaborado por la Gerencia Quirúrgica, el servicio de Odontología es uno de los que presenta mayor tiempo de espera, ocupando el segundo lugar con 333 días, solo por debajo del servicio de Neuro-traumatología, el cual presenta una espera de 363 días (SGH, 2017), demora que en muchos casos se acompaña de una mayor morbilidad o afectación de su calidad de vida. Según Hurst & Siciliani (2003), los costos de la demora pueden incluir deterioro de la condición

para la cual se espera el tratamiento, incluyendo la muerte como resultado extremo, la pérdida de utilidad de la demora (especialmente si el tratamiento puede aliviar el dolor significativo o la discapacidad), un aumento en el costo de la cirugía (según datos extraoficiales, por cada día de hospitalización el HNERM invierte S/. 300.00), pérdida adicional de ingresos del trabajo y pagos adicionales de apoyo a los ingresos (transferencias) antes o después de la cirugía.

Al hacer un análisis de los motivos que condicionan el tiempo de espera prolongado para una intervención quirúrgica en sala de operaciones del servicio de Odontoestomatología del HNERM, mediante el diagrama de Ishikawa, se han identificado seis factores que condicionan esta situación (ver Figura 1):

- ***Factores relacionados al Proveedor.*** Se refieren al recurso humano disponible. Se debe resaltar que en el servicio de Odontoestomatología del HNERM solo se cuenta con siete asistentes, de los cuales cinco son Cirujanos Dentistas especialistas.

No se cuenta con Residentes, a pesar de que la institución ya aprobó la implementación del residentado estomatológico; recurso humano que ya está en función en otras redes asistenciales como la red Almenara y Sabogal.

No se cuenta con internos en Odontoestomatología debido a que la institución no implementa procesos de convocatoria para su ingreso. Los internos con los residentes podrían apoyar en la preparación de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico en sala de operaciones.

El número de Anestesiólogos es insuficiente para suplir la demanda del hospital; por lo que, muchas intervenciones quirúrgicas se suspenden por falta de este personal. Cuando ocurre esto se priorizan intervenciones quirúrgicas de las especialidades que tienen mayor demanda, como Oftalmología o Traumatología.

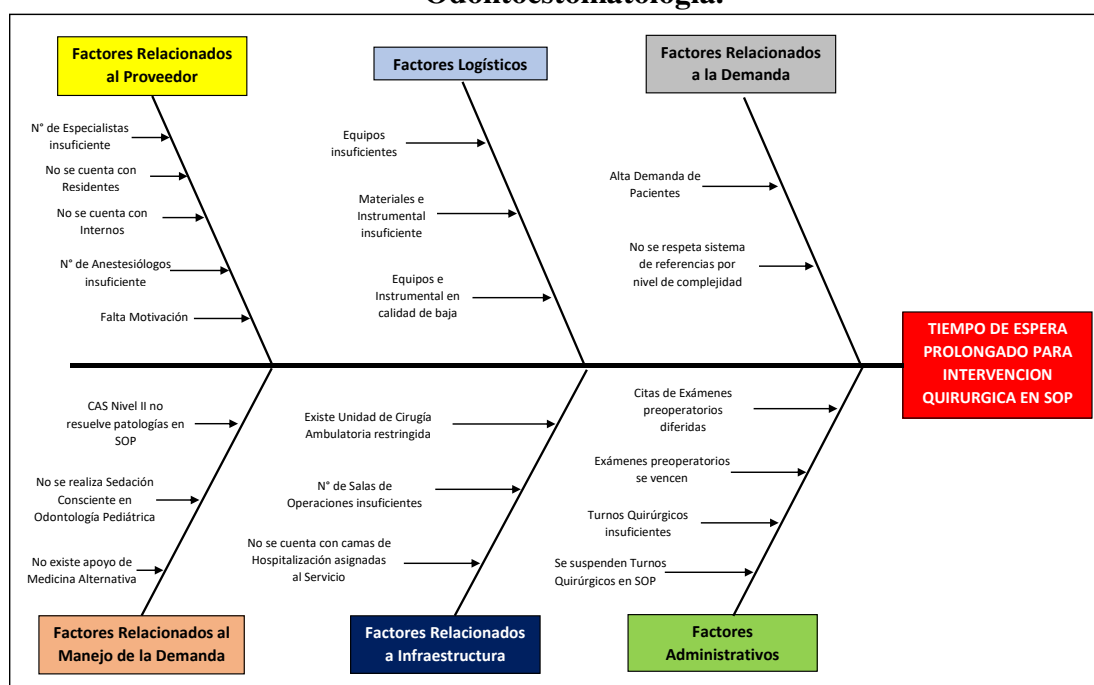
Con respecto a la motivación, se estima que el mayor porcentaje del personal asistencial del servicio de Odontoestomatología está motivado para realizar tratamientos quirúrgicos en sala de operaciones; a pesar de esto, se suspenden intervenciones quirúrgicas por preparación inadecuada de pacientes, falta de coordinación para solicitar préstamo de camas, o por no comunicar a los pacientes de la lista de espera que serán incluidos en la programación quirúrgica.

No se ha considerado al personal Técnico de Enfermería, porque su papel no es relevante con respecto a la variable tiempo de espera.

- **Factores Logísticos.** Están referidos a la implementación de equipos, materiales, e instrumental necesarios para poder realizar los tratamientos quirúrgicos en sala de operaciones. La mayoría del instrumental que se usa en sala de operaciones está en calidad de baja por reposición.

La Oficina de Adquisiciones, muchas veces, no abastece adecuadamente de estos insumos, lo que obliga a suspender turnos quirúrgicos, con el consiguiente costo económico para la institución, además se prolonga la permanencia del paciente en el servicio, se incrementa la posibilidad de que los exámenes preoperatorios caduquen (se tienen que repetir, en algunos casos múltiples veces) y se agrave la morbilidad del paciente.

Figura 1. Análisis causa-efecto (diagrama de Ishikawa), servicio de Odontología.



Fuente. Elaboración propia

- **Factores relacionados a la Demanda.** Existe una alta demanda de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico en sala de operaciones. El HNERM, al ser un hospital de referencia, recibe a todos los pacientes de la red asistencial Rebagliati (RAR) de Lima y provincias, que no pueden ser atendidos en su centro de atención de salud (CAS) de origen.

Muchos de estos pacientes son enviados al hospital directamente, sin respetar el sistema de referencia según nivel de complejidad; lo que significa que un paciente que es referido de un CAS nivel I debería pasar a un CAS nivel II, y no directamente al nivel III, que es el nivel al que pertenece el HNERM.

- **Factores relacionados al manejo de la Demanda.** Los CAS nivel II, que cuentan con sala de operaciones y especialistas, deberían resolver patologías en pacientes que no están sistémicamente comprometidos (como es el caso de pacientes pediátricos de conducta difícil, que requieren tratamiento quirúrgico en sala de operaciones que, como se verá, son los pacientes que encabezan la estadística de morbilidad del servicio de Odontoestomatología (SGH, 2017), el HNERM solo debería atender pacientes sistémicamente comprometidos y realizar tratamientos quirúrgicos complejos que no pueden ser resueltos en los CAS nivel II, por falta de especialistas y logística.

No existe convenio entre el servicio de Odontoestomatología y el servicio de Medicina alternativa del HNERM, mediante el cual se podría usar la hipnosis en consultorio externo, como complemento del tratamiento quirúrgico bucomaxilofacial de baja complejidad en pacientes alérgicos a la lidocaína (Muñiz *et. al.*, 2013); como no existe este acuerdo, actualmente se realizan estos procedimientos en sala de operaciones.

Finalmente, el manejo de pacientes de conducta difícil en Odontología pediátrica, y que no están sistémicamente comprometidos, en muchos casos, podría ser realizado en consultorio externo con ayuda de la sedación consciente (Levitt *et. al.*, 1999; Velez & Machuca, 1996). Actualmente, no se usa esta técnica por falta de equipos (coche de paro, oxímetro de pulso); por lo tanto, todos estos pacientes tienen que ser atendidos en sala de operaciones.

- **Factores relacionados a la Infraestructura.** Con respecto a la infraestructura en el HNERM, existe una unidad de cirugía ambulatoria (UCA) restringida solo para los servicios de Traumatología, Oftalmología y Cirugía pediátrica. En el área de adultos, se hacen algunas intervenciones quirúrgicas bajo esta modalidad, pero en condiciones inadecuadas porque no hay un ambiente apropiado para que los pacientes se preparen antes y después de salir de recuperación. En realidad, se preparan allí. Está demostrado que la implementación de una UCA disminuye el tiempo de espera; en el estudio de Caldinhas & Ferrinho (2013), el tiempo de espera de cirugía convencional fue de 121 días, y el tiempo de espera de cirugía ambulatoria fue de 88 días, y concluyen que, el aumento de 1% en el porcentaje de cirugía ambulatoria está asociado a una disminución de tiempo de espera general de 2,32 días.

El número de salas de operaciones es insuficiente para cubrir toda la demanda de pacientes. El HNERM cuenta con 30 salas de operaciones, distribuidas de la siguiente manera: 24 en el área de adultos (incluye tres salas de emergencia), tres en el área de pediatría, y tres salas en la nueva emergencia del centro de emergencias de Lima (CELIM).

El servicio de Odontología no cuenta con camas asignadas al servicio, las mismas que son necesarias para poder hospitalizar a los pacientes sistémicamente comprometidos o con patologías complejas, previo al tratamiento quirúrgico. El servicio de Otorrinolaringología presta las camas en la medida de sus posibilidades, y en el caso que no lo pueda hacer, se suspenden las cirugías, incrementando el tiempo de espera, con las consecuencias ya mencionadas.

- **Factores Administrativos.** Entre estos factores, se considera las citas de exámenes preoperatorios diferidos. Estas citas para exámenes de laboratorio, radiografía de tórax, riesgo quirúrgico (RQ), riesgo neumológico (RN), etc., demoran mucho, especialmente, las dos últimas.

Según los parámetros de la institución, los exámenes preoperatorios tienen una vigencia de seis meses para pacientes con RQ I y II, y de tres meses para pacientes con RQ III y IV. Si estos exámenes preoperatorios se vencen, hay que volver a repetirlos; con las consecuencias ya mencionadas, incluyendo la deserción de los pacientes.

En relación a los turnos quirúrgicos, el servicio de Odontoestomatología solo cuenta con dos turnos al mes en adultos y cuatro turnos al mes en Odontología pediátrica; estos últimos se incrementaron a ocho a partir del mes de julio del año 2016; sin embargo, aún son insuficientes, considerando la alta demanda de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico bajo anestesia general.

En muchas oportunidades, se suspenden los pocos turnos quirúrgicos que se tienen, debido a problemas del servicio de Odontoestomatología (exámenes preoperatorios vencidos, falta de camas, exámenes preoperatorios incompletos, etc.) o a cuestiones relacionadas al servicio de Anestesiología como la prioridad que se da a otros servicios con mayor demanda o que tienen pacientes que requieren tratamiento quirúrgico urgente; a veces ocurren suspensiones de los turnos quirúrgicos programados a última hora, por reparación de equipos de sala de operaciones, fumigación, etc.

1.1.1. Seguro Social de Salud - EsSalud

1.1.1.1. Intervenciones Quirúrgicas

EsSalud, en el afán de garantizar la oportunidad de la atención al paciente que requiere intervención quirúrgica, crea estrategias a través de la gestión efectiva de la lista de oportunidad quirúrgica (LUOQx), uniformizando los procedimientos a fin de alcanzar un tiempo de espera que no exceda 45 días, mediante el empleo de la oferta propia y la complementaria, que incluye la oferta pública y privada (EsSalud, 2015). En el marco de esto EsSalud implementa las siguientes estrategias:

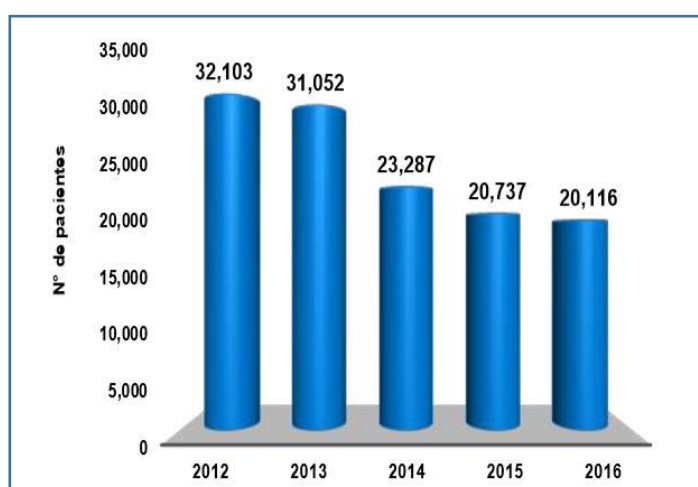
Plan Confianza: más operaciones, menos esperas

Esta política fue institucionalizada el año 2013, y dentro del marco del Decreto Legislativo N° 1163 y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 017-2014-SA, EsSalud contrató 74 paquetes quirúrgicos de 20 instituciones prestadoras

privadas de servicios de salud (IPRESS) que resolvieron 157 patologías identificadas en pacientes de las 3 redes asistenciales de Lima y Callao.

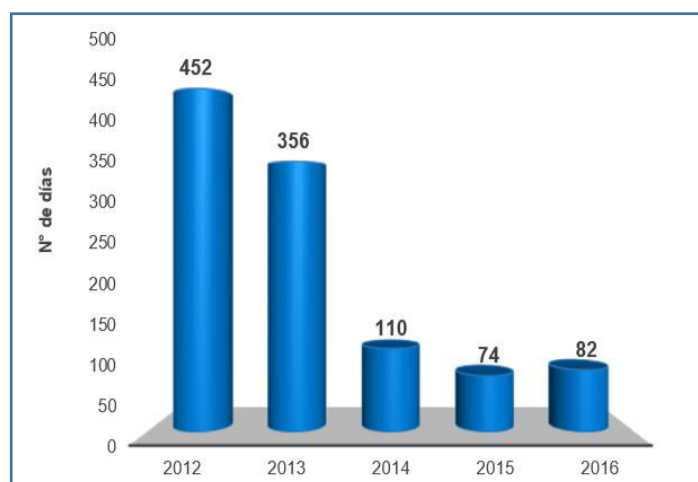
Esta acción ha permitido a EsSalud reducir la lista de oportunidad quirúrgica (lista de espera) de 32,103 pacientes en el año 2012 a 20,116 pacientes el año 2016; asimismo reducir el tiempo de oportunidad quirúrgica nacional (tiempo de espera) de 432 días el año 2012 a 82 días el año 2016 (EsSalud, 2018).

Figura 2. Evolución de la Lista de Oportunidad Quirúrgica 2012-2016



Fuente. EsSalud (2018), Memoria anual 2016.

Figura 3. Evolución del Tiempo de Oportunidad Quirúrgica 2012-2016



Fuente. EsSalud (2018), Memoria anual 2016.

Programa de Desembalse Especializado

Es la unidad operativa que brinda atenciones médicas especializadas (consultas, procedimientos e intervenciones quirúrgicas) a través de un equipo de médicos especialistas, con la finalidad de disminuir la postergación prolongada de citas y las listas de espera quirúrgica de pacientes. El año 2016 se efectuaron 37 operativos, en las cuales se realizaron 10,698 atenciones (9,119 consultas médicas especializadas y 1,579 procedimientos). (EsSalud, 2018).

1.1.2. Capacidad Instalada en el HNERM

1.1.2.1. Hospitalización HNERM

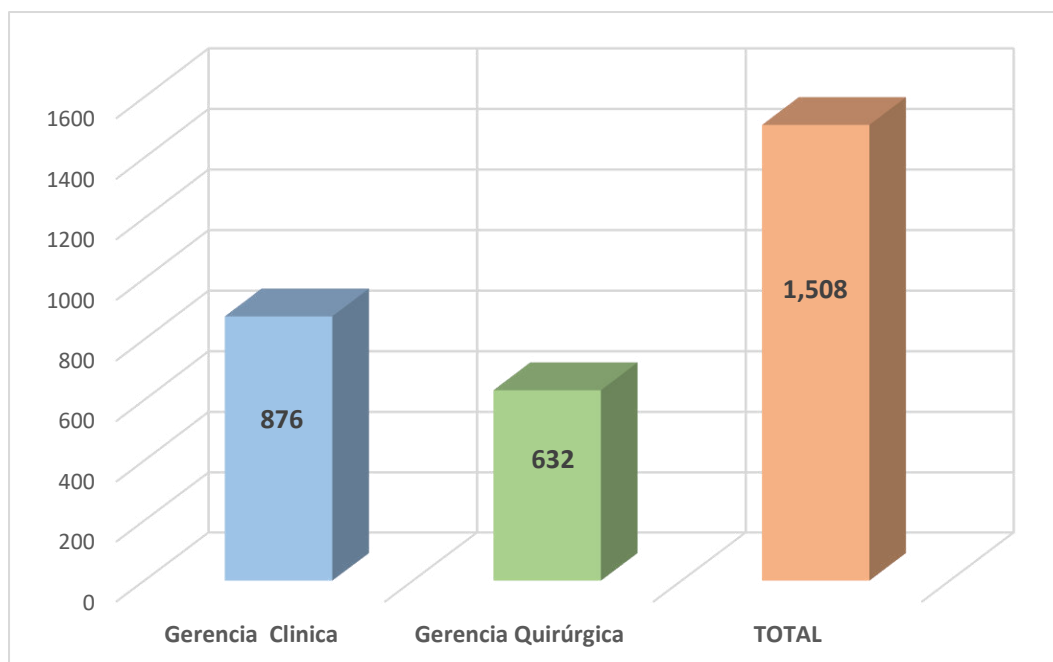
Según el estándar internacional dado por la OMS, corresponde una cama por cada 1,000 asegurados. Al año 2011, EsSalud tenía un déficit de 1,418 camas (EsSalud, 2012, Informe de Gestión).

Según la estadística institucional, el año 2016 EsSalud contaba con 8,432 camas, de las cuales 1,508 corresponden al HNERM (18%); de estas, 876 pertenecen a la Gerencia Clínica (58%) y 632 a la Gerencia Quirúrgica (42%). (SGH, 2017). Ver Figura 4.

La distribución de estas camas es la siguiente: 1,364 en el servicio de adultos y 144 en pediatría (ver Figura 5).

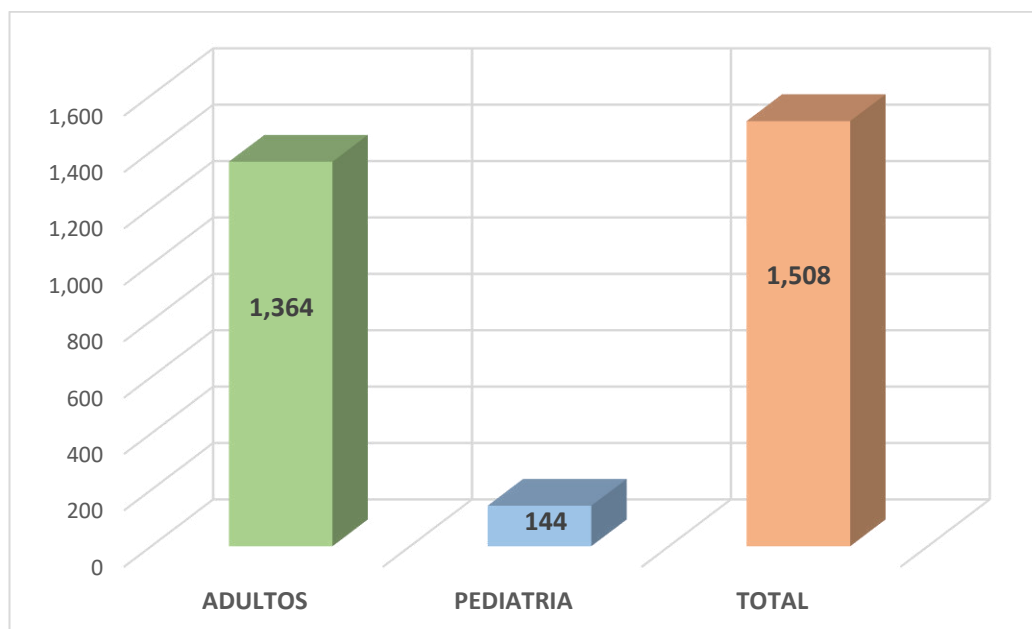
La mayoría de las camas que corresponden a la Gerencia Clínica han sido asignadas al Departamento de Medicina Interna: 268 camas, y la menor cantidad de estas fueron asignadas al Departamento de Cardiología: 32 camas (ver Figura 6). Con respecto a la Gerencia Quirúrgica, el mayor número de camas pertenecen al Departamento de Obstetricia y Ginecología: 159 camas, y la menor cantidad, al Departamento de Cirugía Pediátrica: 30 camas. (Ver Figura 7).

Figura 4. Camas de hospitalización HNERM 2016 según Gerencia



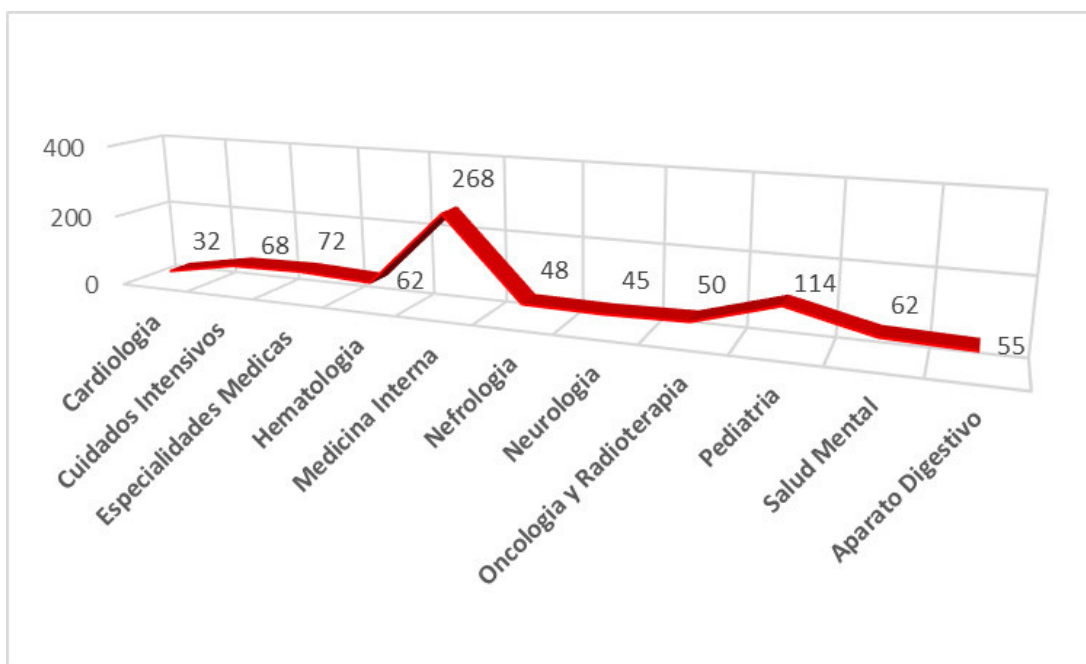
Fuente. Elaboración propia, a partir de Sistema de Gestión Hospitalaria – SGH (2017)

Figura 5. Distribución de camas de hospitalización en el HNERM 2016



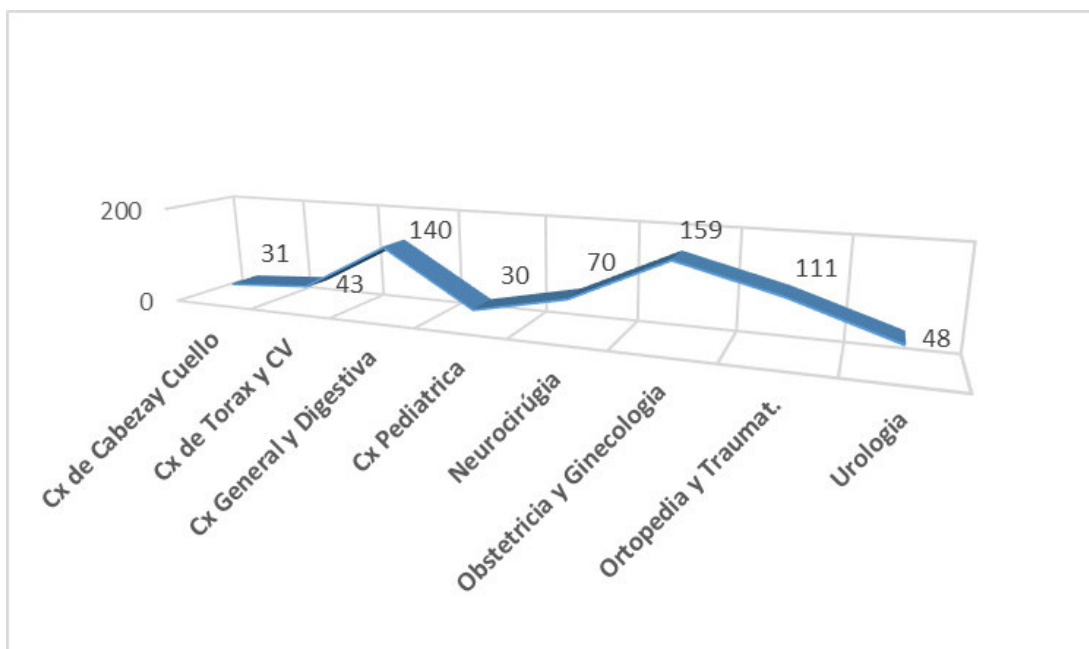
Fuente. Elaboración propia, a partir de Sistema de Gestión Hospitalaria – SGH (2017)

Figura 6. Camas de hospitalización según Departamento (Gerencia Clínica)



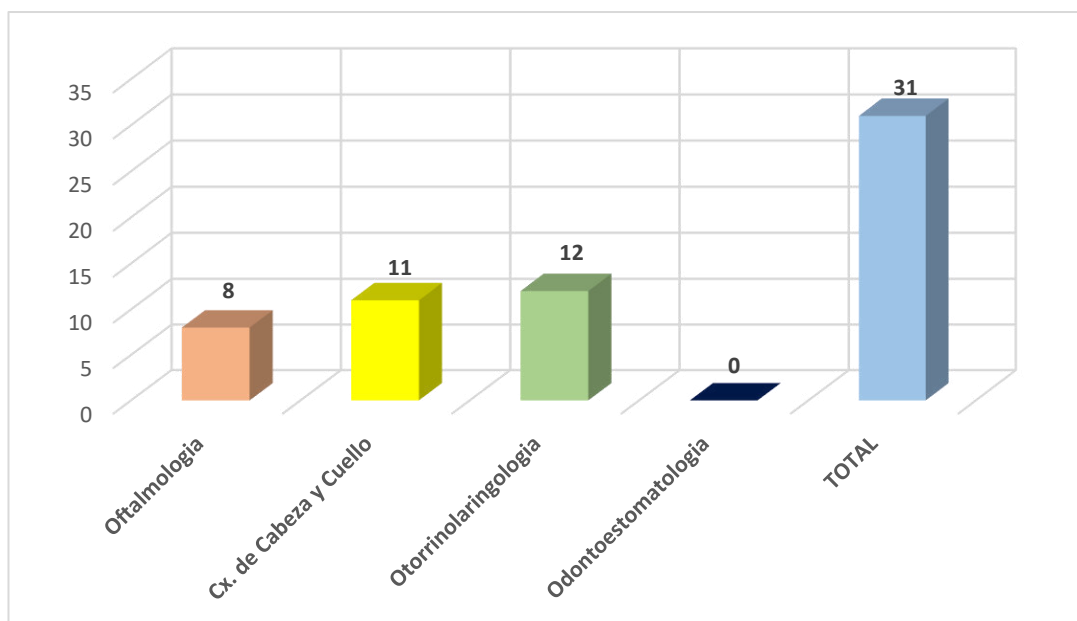
Fuente. Elaboración propia, a partir de Sistema de Gestión Hospitalaria – SGH (2017)

Figura 7. Camas de hospitalización HNERM (Gerencia Quirúrgica)



Fuente. Elaboración propia, a partir de Sistema de Gestión Hospitalaria – SGH (2017)

Figura 8. Camas de hospitalización Departamento Cirugía de Cabeza y Cuello



Fuente. Elaboración propia, a partir de SGH (2017)

El Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello del HNERM cuenta con 31 camas de hospitalización (ver Figura 8), como se mencionó anteriormente, el servicio de Odontoestomatología no cuenta con ninguna cama asignada, a pesar de que muchos pacientes del servicio requieren ser hospitalizados antes de su intervención quirúrgica. En caso de que se necesite una cama, esta es cedida en calidad de préstamo por el servicio de Otorrinolaringología que cuenta con 12 camas, durante los días que sean necesarios.

1.1.2.2. Centro Quirúrgico

Actualmente, el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del HNERM administra treinta quirófanos repartidos por varios pisos del hospital, además de tres quirófanos que se encuentran en la nueva Emergencia del HNERM. Se atiende además las programaciones de extramuros como la sedación para la realización de tomografías a pacientes de pediatría, anestesia para procedimientos endoscópicos, analgesias para

procedimiento radiológicos, analgesias del parto, terapia del dolor crónico, consultorio pre anestesiológico (MOPRI), entre otros.

La distribución de quirófanos y los servicios programados se pueden observar en el siguiente cuadro.

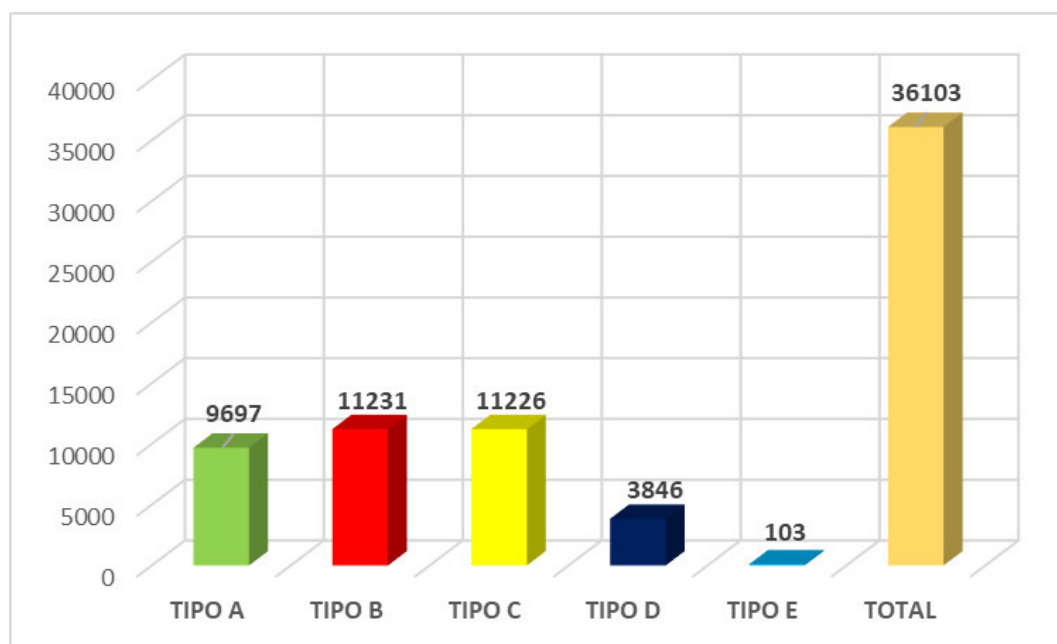
Cuadro 1. Distribución de servicios quirúrgicos en sala de operaciones HNERM

PISO	SALA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
2B	1	CIRUG. PLAST.	GINECOLOGIA	TRAUMA ONCO	OBST/GINECO	OBST/GINECO	
	2	CIRUGIA	ONCOGINECO.	GINECOLOGIA	ONCO/GINECO.	CIRUG. PLAST.	ODONTOEST.
	3	CMF	CMF	CIRUG. PLAST.	CMF	CMF	
	4	CIRUGIA 3A II	CIRUGIA 4B	CIRUGIA 6B	CIRUGIA 3B	CIRUGIA 3A I	
	5	NEUROCIRUG.	GINECOLOGIA	OBST/GINECO	GINECOLOGIA	CIRUGIA	GINECOLOGIA
	6	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA	EMERGENCIA
	7	CTCV	CTCV	CTCV	CTCV	CTCV	
	8	CTCV	CTCV	CTCV	CTCV	CTCV	
	9	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.
	10	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.	NEUROCIRUG.
	11	ORL	ONCO/GINECO.	ORL	ONCO/GINECO.	ORL	ORL
3B	1	CIRUGIA 3B	CIRUGIA 3A I	CIRUGIA 3A II	CIRUGIA 4B	CIRUGIA 6B	
	2	CIRUGIA 3A I	CIRUGIA 3A II	CIRUGIA 4B	CIRUGIA 6B	CIRUGIA 3B	
	3	BRAQUITERAPIA	ONCO/GINECO	BRAQUITERAPIA	ONCO/GINECO	BRAQUITERAPIA	
4B	1	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.
	2	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.	EMERG. MAT.
8B	1	TRAUMA 9B (MANO)	TRAUMA 9B/9A	TRAUMA 9B/9A	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B/9A	TRAUMA 9B/9A
	2	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B	TRAUMA 9B
9B	1	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A	TRAUMA 9A
	2	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C	TRAUMA 9C
10B	1	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA
	2	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	
12B	1	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA
	2	UROLOGIA	ONCO/GINECO	UROLOGIA	ONCO/GINECO	UROLOGIA	UROLOGIA
PEDIATRIA	1	UNCIP	ORL/UROL.	CARDIOLOG. (*)	UROLOGIA	UNCIP	
	2	CIRUGIA PEDIATR.	TRAUMA/...	OFTALM/...	CIRUG. PLAST/...	CIR. PED/TRAUMA	
	3	CMF/...	CIR. PED/HEMATOL	ORL/TRAUMA	BRONCO/QUIMIO	ODONTOESTO/...	
NUEVA EMERGENCIA	1	CIRUGIA	CIRUGIA	CIRUGIA	CIRUGIA	CIRUGIA	CIRUGIA
	2	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA	TRAUMATOLOGIA
	3	NEUROCIRUGIA	NEUROCIRUGIA	NEUROCIRUGIA	NEUROCIRUGIA	NEUROCIRUGIA	NEUROCIRUGIA

Fuente. Departamento de Anestesiología HNERM (2017)

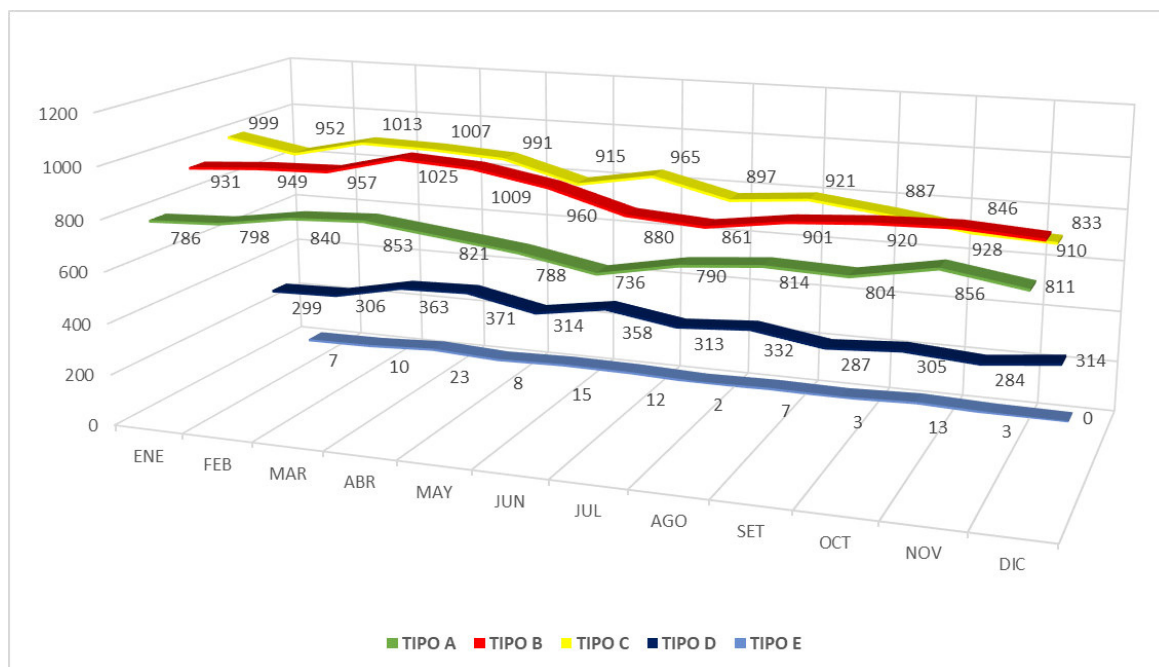
Según el nivel de complejidad, la mayoría de intervenciones quirúrgicas realizadas corresponden a los niveles A, B y C. Esto no llama la atención debido a que el HNERM es un hospital nacional de III nivel. El año 2016 se realizaron 9,697 cirugías de nivel A; 11,231 de nivel B; 11,226 de nivel C; 3,846 de nivel D y 103 cirugías de nivel E.

Figura 9. Tipo de cirugía según nivel de complejidad HNERM-2016



Fuente. Elaboración propia a partir de Sistema de Gestión Hospitalaria – SGH (2017)

Figura 10. Tipo de cirugía según nivel de complejidad HNERM-2016

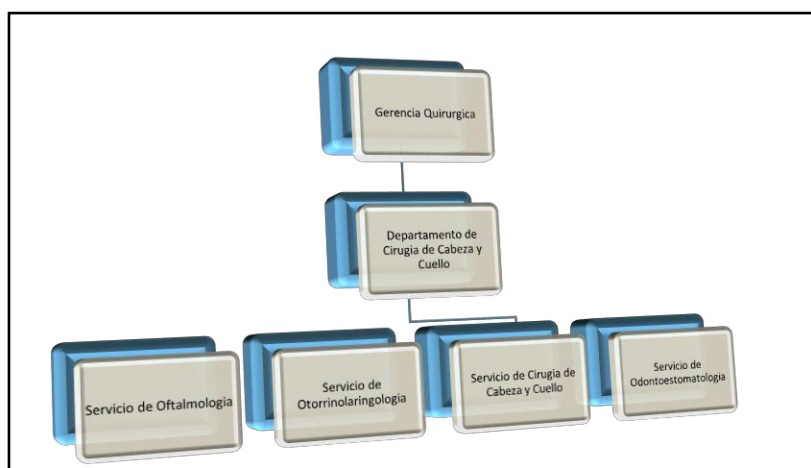


Fuente. Elaboración propia a partir de Sistema de Gestión Hospitalaria – SGH (2017)

1.1.3. Servicio de Odontoestomatología HNERM

El servicio de Odontoestomatología, según el organigrama del HNERM, pertenece al Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello (el cual a su vez pertenece a la Gerencia Quirúrgica), junto con los servicios de Oftalmología, Otorrinolaringología y de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Figura 11. Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello HNERM



Fuente. Elaboración propia

Según el reporte del SGH (2017), durante el año 2016, el servicio de Odontoestomatología del HNERM ha atendido 154 pacientes en sala de operaciones de adultos y niños. En el servicio se cuenta con siete asistentes (tres especialistas en Cirugía Bucomaxilofacial, y dos especialistas en Odontopediatría), los cuales son programados para realizar tratamientos quirúrgicos en SOP del block G y 2B del HNERM (Forsyth *et. al.*, 2012; Vargas *et. al.*, 2003; Velez & Machuca, 1996).

En el servicio de Odontoestomatología del HNERM, por ser cabeza de la Red Asistencial Rebagliati, se reciben referencias de todos los CAS nivel I y nivel II; por lo tanto, se realizan actividades de tipo recuperativas en la mayoría de los casos. Según el reporte de la Oficina de Estadística, en el año 2016, el servicio de

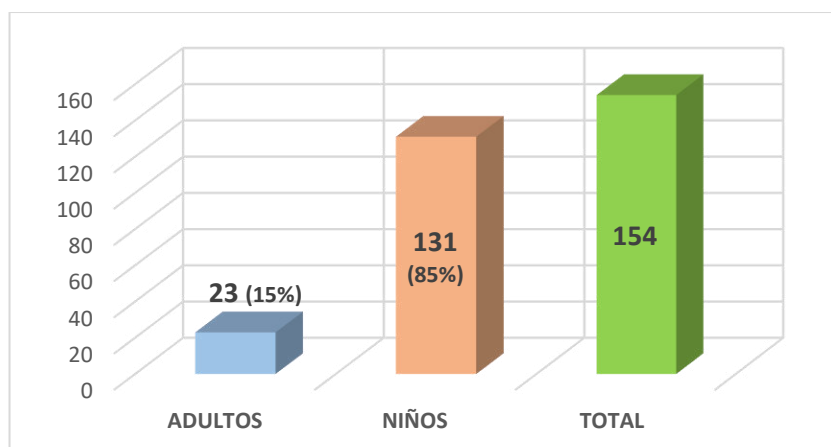
Odontoestomatología recibió 2,616 referencias. Los CAS de la RAR que han enviado más referencias son el Policlínico Pablo Bermúdez (384 referencias), Policlínico Juan José Rodríguez Lazo (351 referencias), CAP III San Juan de Miraflores (328 referencias), Hospital I Carlos Alcántara (311 referencias), Policlínico Chíncha (191 referencias) (Oficina de Referencias y Contrareferencias, HNERM, 2017).

Los pacientes referidos de estos CAP reciben los siguientes tratamientos:

- Atención especializada en Cirugía Bucomaxilofacial en consulta externa y en sala de operaciones.
- Atención especializada en Odontopediatría en consulta externa y en sala de operaciones.
- Atención especializada en Endodoncia (solo en piezas dentales mono y biradiculares)
- Atención especializada para pacientes especiales en consulta externa y en sala de operaciones.
- Atención especializada para pacientes sistémicamente comprometidos en consulta externa y en sala de operaciones.

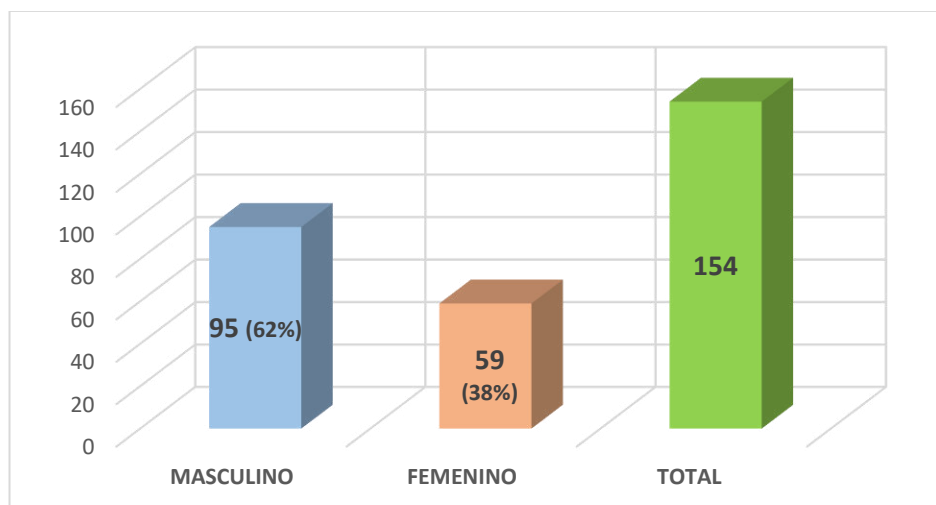
De los 154 pacientes intervenidos, el 85% fueron niños (131 pacientes, de 0 a 14 años), los cuales fueron intervenidos en el centro quirúrgico de Pediatría (Block G); y el 15% fueron adultos (23 pacientes, mayores de 14 años), intervenidos en el centro quirúrgico del piso 2C. (ver Figura 12). Según el género, 62% (95 pacientes) fueron de sexo masculino; y el 38% (59 pacientes), corresponden al sexo femenino. (ver Figura 13).

Figura 12. Pacientes del servicio de Odontoestomatología intervenidos en SOP 2016, según edad



Fuente. Elaboración propia, a partir de SGH (2017)

Figura 13. Pacientes del servicio de Odontoestomatología intervenidos en SOP 2016, según género



Fuente. Elaboración propia, a partir de SGH (2017)

La mayoría de los pacientes (46.1%) intervenidos en sala de operaciones, por el servicio de Odontoestomatología el año 2016, son pediátricos de conducta difícil (SGH, 2017). Este tipo de pacientes, en la mayoría de los casos, no tienen ningún problema sistémico de fondo; el tratamiento se realiza bajo anestesia general porque es imposible de ser realizado en consultorio externo debido a su falta de colaboración. Luego sigue el grupo de pacientes especiales, adultos y niños (22.1%). Son pacientes con Retardo Mental, Alzheimer, Síndrome de Down, etc., a los cuales no se les puede realizar el tratamiento Odontoestomatológico en consultorio externo. Los pacientes sistémicamente comprometidos que no pueden ser tratados en el consultorio constituyen el 14.3% de pacientes que ingresaron a sala de operaciones el año 2016, este grupo de pacientes generalmente son RQ II o III. Los quistes y tumores de maxilares benignos y dientes incluidos, ambos con 5.8%, son otro grupo importante de patologías que debido a su tamaño o complejidad de la cirugía requirieron tratamiento en sala de operaciones. Las patologías que menos se programaron en sala de operaciones, fueron las Anquilosias, infecciones odontogénicas crónicas (Osteomielitis), tratamiento de secuela de Fisura labio-alveolo palatina, Fracturas maxilares, Comunicación Bucosinusal, pacientes Alérgicos a la lidocaína y Trastornos de ATM (SGH, 2017).

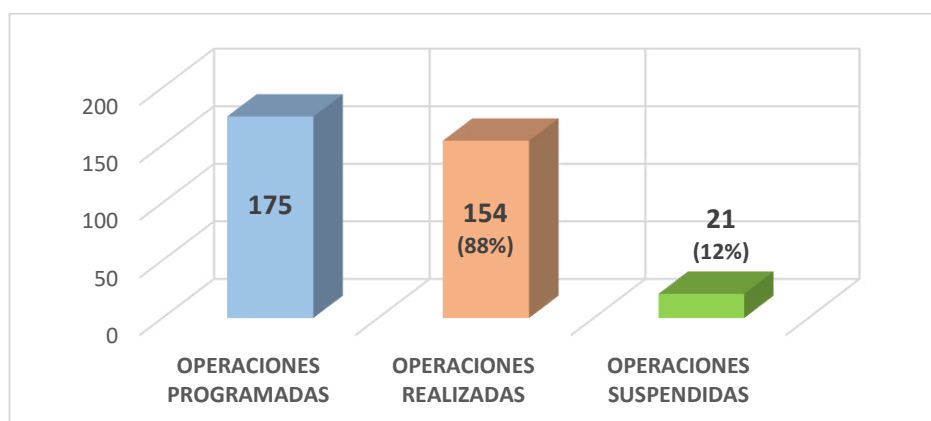
Cuadro 2. Pacientes intervenidos en SOP-2016, servicio de Odontoestomatología

Condición de Pacientes	Cantidad	Porcentaje
Ptes. de Conducta difícil	71	46.1
Pacientes Especiales	34	22.1
Ptes. Sistem. Comprometidos	22	14.3
Quistes y Tumores	9	5.8
Dientes Incluidos	9	5.8
Anquiloglosia	2	1.3
Fracturas de Maxilares	2	1.3
Osteomielitis Mandibular	1	0.6
Transtornos de la ATM	1	0.6
Comunicación Bucosinusal	1	0.6
Secuela de FLAP	1	0.6
RAM a Lidocaina	1	0.6
TOTAL	154	100

Fuente. Elaboración propia, a partir de SGH (2017).

En el año 2016, en el servicio de Odontoestomatología, se programaron 175 procedimientos quirúrgicos en sala de operaciones; de los cuales, 21 procedimientos (12%) fueron cancelados por falta de camas, falta de personal anesthesiólogo, inasistencia del paciente, alteración de la función respiratoria, etc. En resumen, fueron intervenidos 154 pacientes, según el reporte del SGH. (ver Figura 14 y Cuadro 2).

Figura 14. Producción de cirugías en SOP 2016, servicio de Odontoestomatología



Fuente. Elaboración propia, a partir de SGH (2017)

1.1.3.1. Modelo General de Proceso Quirúrgico Servicio de Odontología

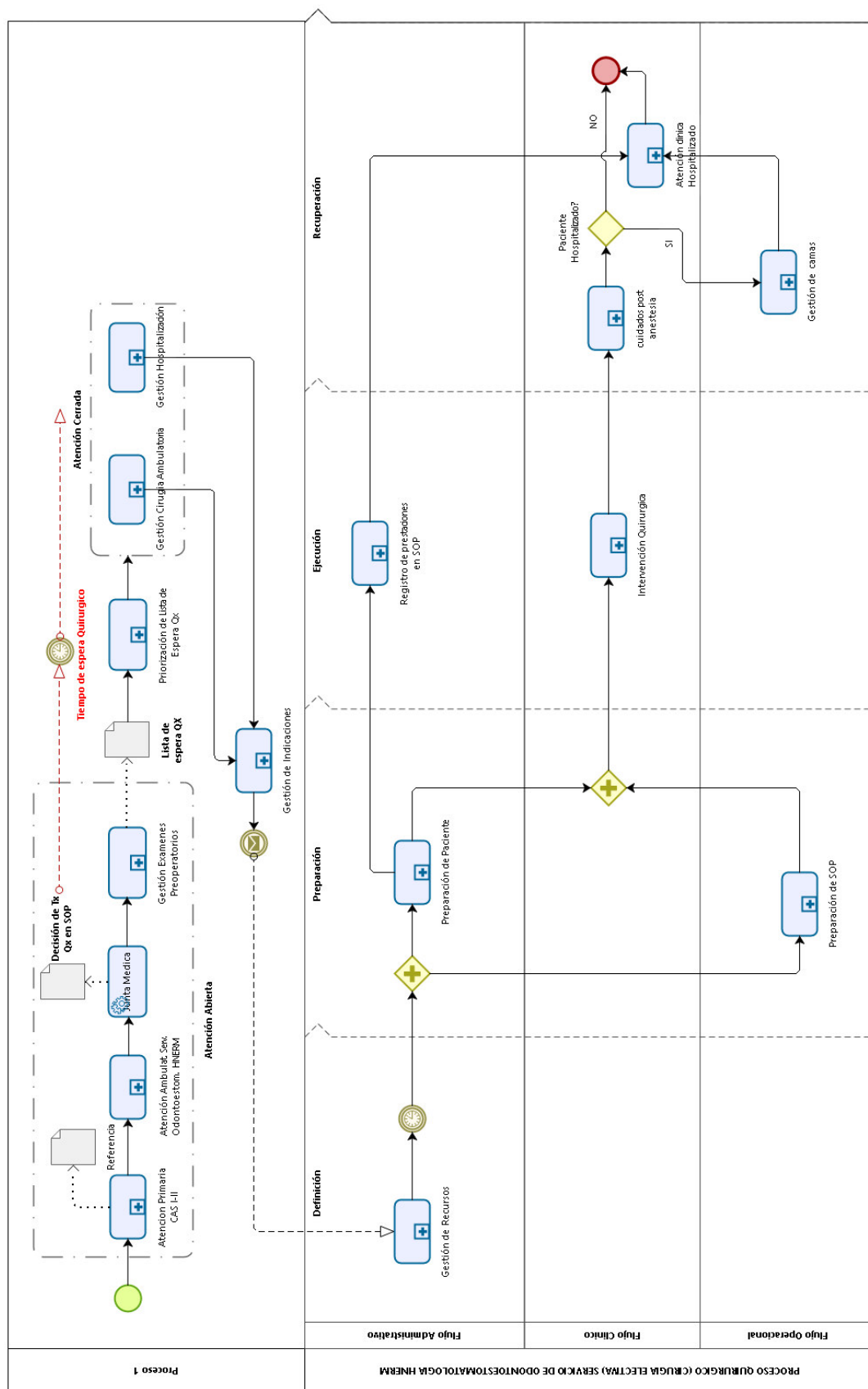
El proceso quirúrgico tiene distintas fases y distintos actores (ver Figura 15). Se gatilla con una referencia del paciente desde los CAS del nivel I o II, pasando al subproceso de atención en consultorio externo del servicio de Odontología, donde con ayuda de exámenes auxiliares; y, en algunos casos, mediante junta médica, se decide si el paciente requerirá tratamiento quirúrgico en sala de operaciones. Si es así, y el paciente acepta el plan de tratamiento se le solicitan exámenes preoperatorios (en este trabajo de investigación, a partir de este momento se mide el tiempo de espera quirúrgico), y pasa al *proceso Gestión de Exámenes Preoperatorios*, cuando los exámenes preoperatorios están completos, el paciente pasa a lista de espera quirúrgica, la siguiente fase es la *Priorización de lista de espera*, que tiene como objetivo lograr el acceso equitativo para todos los pacientes que, con similares condiciones de espera (biomédicas y/o de antigüedad), pueden formar parte de la propuesta de tabla quirúrgica. En base a esto se contacta a los pacientes, que pasan a la atención cerrada, donde continúan los *procesos de Gestión de Cirugía Ambulatoria o Gestión de Hospitalización*, según la modalidad con que se operará al paciente.

La cirugía ambulatoria exige que el paciente acuda el día de la cirugía en ayunas, es intervenido y, ese mismo día, se va de alta luego de la recuperación. Estos pacientes, generalmente, son RQ I o II. Se prevé que el paciente tenga un postoperatorio sin complicaciones; en cambio el paciente hospitalizado es internado un día antes de la intervención quirúrgica, se realiza la cirugía y luego de la recuperación retorna a su cama, en el servicio de Odontología. Esta modalidad se aplica en pacientes RQ III o IV, o en cirugías complejas tipo A o B que se considera que van a tener un postoperatorio muy engorroso y necesitan terapia postoperatoria vía parenteral; el siguiente paso es el *proceso de Gestión de Indicaciones*, se refiere al conjunto de actividades de coordinación que tiene como objetivo el análisis, planificación y ejecución de las indicaciones prescritas por un profesional médico u otro profesional a cargo de un paciente (terapias farmacológicas, interconsultas, exámenes de laboratorio, régimen alimenticio, etc.). El proceso se inicia a partir de la indicación, la cual es recibida por el personal de enfermería o por el encargado de cirugía

ambulatoria. Una vez ejecutadas las indicaciones deben ser registradas en la historia clínica del paciente; luego tenemos el **proceso Gestión de Recursos**, que consiste en tener listos los recursos humanos, los materiales, instrumental, equipos, etc., que se usaran en la intervención quirúrgica, lo cual se coordina con el jefe de servicio, quien se encarga de programar a los especialistas que deben estar totalmente informados sobre la patología que se va a tratar, y quienes realizarán la intervención quirúrgica en sala de operaciones; también, deben verificar que los exámenes auxiliares (radiografías, tomografías, etc.) se encuentren disponibles. En base al tipo de intervención a realizarse, se solicita el material, instrumental y los equipos necesarios; a veces, por falta de alguno de estos recursos, se suspende la intervención quirúrgica. En la siguiente etapa, se ejecutan los procesos de **Preparación del Paciente y Preparación de sala de operaciones**, paralelamente. El primero se refiere, principalmente, a informar y preparar al paciente para la intervención quirúrgica; mientras que el segundo, en general, consiste en verificar que la sala de operaciones contemple las condiciones necesarias y esté en óptimas condiciones para poder realizar la intervención quirúrgica, y si hay algún problema con esta, será informado por el jefe de Anestesiología.

Una vez que el paciente se encuentre en condiciones adecuadas y la sala de operaciones esté disponible se da inicio a la etapa de **Intervención Quirúrgica**, la cual se desarrolla mediante un conjunto de actividades referentes a la intervención quirúrgica; y que son ejecutadas por el equipo quirúrgico. Inmediatamente, culminada la intervención quirúrgica, se activa el proceso administrativo de **Registro de Prestaciones en sala de operaciones**, el cual consiste en llenar los formatos y el cuaderno de SOP de todas las prestaciones otorgadas al paciente y del detalle de insumos utilizados para su atención. El **proceso Cuidados post anestesia**, considera la recuperación inmediata de la anestesia post cirugía hasta su traslado a hospitalización si tiene cama, para cuidados críticos, medios o básicos según se requiera. En este caso, se activa el **proceso Gestión de camas**, por el cual se hace efectiva la hospitalización; luego se continúa con el **proceso Atención clínica Hospitalizado**. Si se hubiera intervenido bajo la modalidad de cirugía ambulatoria, se traslada a su domicilio como alta.

Figura 15. Proceso Quirúrgico (Cirugía Electiva)



Fuente. Elaboración propia

1.2. Formulación del Problema

Ante la problemática presentada, en el caso del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), se plantean las siguientes interrogantes:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención de los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva durante al año 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el grado de satisfacción en pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016?
2. ¿Cuál es el tiempo de espera que se relaciona con la insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016?
3. ¿Cuál es la relación entre afectación de la calidad de vida e insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016?

4. ¿Cuál de estos factores ejerce mayor influencia sobre el grado de insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016?

1.3. Justificación

Esta investigación se justifica **teóricamente** en la medida en que permitirá la obtención del conocimiento sobre la percepción de la calidad de atención con respecto al tiempo de espera de los pacientes del servicio de Odontoestomatología que fueron intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones, pues según la revisión de literatura no se han encontrado estudios sobre este tema, el presente estudio brinda una primera evaluación sobre la correlación de estas variables. En otros estudios se evalúa el efecto del tiempo de espera para cirugía electiva en servicios de Odontología o Odontoestomatología, pero desde el punto de vista del proveedor de servicios (McAleer & Moore, 1991; Forsyth *et. al.*, 2012; Lewis & Nowak, 2002).

Además, en vista de que en nuestro país no se cuenta con mediciones sistemáticas y sólidas sobre los tiempos de espera quirúrgico en las instituciones sanitarias públicas, las conclusiones de estudio permitirán engrosar los resultados sobre tiempo de espera realizados en otros servicios de nuestro país, y a partir de allí el MINSA podría liderar el monitoreo nacional de tiempo de espera quirúrgico para cirugía electiva, unificando criterios acerca del punto de partida para la medición de este, en todos los hospitales públicos del Perú.

La utilidad **metodológica** de este estudio se traduce en el uso de la escala SERVQUAL para medir el grado de satisfacción, y a partir de allí correlacionar las variables tiempo de espera y afectación de la calidad de vida (no se han encontrado investigaciones que muestren esta correlación), lo que da al estudio un “enfoque de proceso”, el cual pone atención en los componentes de la atención; a diferencia de otros estudios que abordan

la satisfacción mediante la metodología de la encuesta directa al usuario, para medir directamente la satisfacción global con la atención “enfoque de resultado”, (Conner *et. al.*, 2011; Fontova *et. al.*, 2015; Pares *et. al.*, 2013; Yu & Guann, 2009).

Asimismo, este estudio sobre tiempo de espera se plantea a partir del uso de las variables tiempo de espera y afectación de la calidad de vida como predictores de insatisfacción, en pacientes del servicio de Odontoestomatología, cuyos resultados se pueden extrapolar a otras áreas quirúrgicas; en estudios similares, pero en otras especialidades se usaron estas variables, además de las expectativas y percepción de equidad (Pares *et. al.*, 2013; Conner *et. al.*, 2011).

Desde el punto de vista **práctico**, se aspira a que esta investigación sea capaz de identificar que variables ejercen mayor influencia sobre el grado de insatisfacción, con respecto al tiempo de espera, y a partir de allí implementar aspectos de mejora con respecto a los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico en sala de operaciones, no solo del servicio de Odontoestomatología sino de todos los servicios que pertenecen al área quirúrgica.

Los resultados de este estudio permitirán demostrar a los gestores de servicios de salud la realidad del servicio, en este caso a propósito de Odontoestomatología, con respecto a las limitaciones para realizar tratamientos quirúrgicos en sala de operaciones, e incluir a este servicio en estrategias de incremento de oferta, como por ejemplo, programas de desembalse quirúrgico implementados por la institución.

Finalmente, las conclusiones de este trabajo de investigación pueden servir de punto de partida para estudios posteriores, en los cuales se podrían ahondar más en relaciones cruzadas, vinculadas con la muestra; por ejemplo, estudios que correlacionen no solo el tiempo de espera y la afectación de la calidad de vida, sino también otras variables, como expectativas de los pacientes, percepción de equidad, etc., u estudios con otras perspectivas, como porcentaje de deserción de pacientes en espera, gestiones de los pacientes para mejorar su situación en la lista de espera, tiempo que los pacientes están dispuestos a esperar para cirugía electiva, etc.; además, comparar los resultados de determinados segmentos, y conocer si las variables socioeconómicas como género, edad o lugar de procedencia alteran los resultados.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

Existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva durante al año 2016.

1.4.2. Hipótesis Específicas

1. Todas las dimensiones de la escala SERVQUAL modificada impactan en la evaluación de la calidad de atención de pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.
2. El tiempo de espera superior a 180 días se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.
3. La afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.
4. La afectación de la calidad de vida ejerce mayor influencia que el tiempo de espera superior a 180 días sobre el grado de insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención de pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Determinar el grado de satisfacción en pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016, mediante el modelo SERVQUAL modificado.
2. Determinar si el tiempo de espera superior a 180 días se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.
3. Determinar si la afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.
4. Determinar si la afectación de la calidad de vida o el tiempo de espera superior a 180 días ejerce mayor influencia sobre el grado de insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Filosófico de la Investigación

La palabra *calidad* tiene una larga historia; está relacionada con los filósofos de la antigüedad. Proviene del vocablo griego “Kalos”, que significa **bueno y hermoso**, apto y honesto, la virtud y el honor, el placer y la felicidad. Posteriormente, Cicerón transmitió este concepto usando, por primera vez, la palabra latina “Qualitas”.

El término calidad en condición de categoría, así como su concepción filosófica, fue introducido por primera vez por Aristóteles, quien fue el primero en elaborar un sistema de conceptos universales donde introduce la categoría cualidad, la que forma una constante del pensamiento filosófico durante muchos siglos. Posteriormente, Kant la incluye 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.

Así, diversos especialistas consideran el carácter polisémico de este término. Por ejemplo, en la literatura especializada sobre calidad, se pueden encontrar las siguientes definiciones:

- 1- Aptitud para el uso
- 2- Satisfacción del usuario
- 3- Conveniencia al uso o conveniencia al propósito

- 4- Conformidad con los requisitos
- 5- Un producto libre de defectos
- 6- Capacidad para satisfacer las expectativas del consumidor
- 7- El cumplimiento o superación de las expectativas del cliente a un costo que le represente valor.

La explicación de estos múltiples enfoques es que cada disciplina define la calidad según un punto de vista diferente. La filosofía se ha centrado en las cuestiones de definición; la economía en la maximización de ganancias y el equilibrio del mercado; la comercialización en las determinantes del comportamiento adquisitivo, la satisfacción del cliente y la dirección operativa, en las prácticas de ingeniería y el control de la fabricación.

Según Corral (2003), en Suarez (2015), Calidad, por su definición filosófica, no expresa lo mejor, superior o algo bueno; sino que nos refleja un determinado estado de existencia, presente en cada objeto, fenómeno de la realidad; y, por ello, factible de estar en cada uno de nosotros.

Desde la primera mitad del siglo XX, se empezó a hablar de calidad aplicada a los servicios de salud. Probablemente, una de las definiciones más clásicas sobre lo que representa la calidad en la atención médica fue propuesta por Lee y Jones; quienes la refieren como el conjunto de juicios de valor aplicados a diversos aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones del proceso llamado atención médica (Coronado *et. al.* 2013). Sin embargo, no es sino durante los últimos años que una serie de destacados estudiosos han dedicado tiempo y esfuerzo a adaptar la teoría y la práctica del control de calidad en los servicios de salud.

Originalmente, el foco de la atención de la evaluación de servicios de salud fue velar por los resultados de la atención. Ello involucraba la vigilancia de los aspectos técnicos en términos del conocimiento científico existente y su aplicación. Posteriormente, la preocupación incluyó los aspectos procedimentales con un criterio de eficiencia (evaluación del proceso). Esta perspectiva evolucionó hasta desembocar en la preocupación por el costo de los servicios.

Actualmente, la filosofía de calidad total ha permitido acuñar el termino *garantía de calidad*, que incluye a la evaluación, pero involucra además la existencia de un subsistema de aseguramiento de la calidad.

2.2. Antecedentes de la Investigación

Esta investigación tiene como propósito determinar la relación entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención de pacientes (o familiares) del servicio de Odontostomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, luego de revisar los estudios previos sobre este tema, observamos que no son muchos los antecedentes sobre tiempo de espera para cirugía electiva en nuestro medio; sin embargo, se han encontrado muchos trabajos sobre calidad de servicio en diversas áreas, que usan la escala SERVQUAL como instrumento de medición (para este estudio se incluyeron aquellos realizados en EsSalud).

En esta sección de la tesis, se analizarán los estudios previos clasificándolos en dos grupos, el primero de ellos agrupa a los estudios que se han realizado para evaluar la calidad de servicio, y el segundo, a los que evaluaron el tiempo de espera para cirugía electiva en sala de operaciones; aunque algunos de estos estudios revisados comparten el uso de ambas variables. Cabe mencionar que se han encontrado pocos estudios que relacionen tiempo de espera quirúrgico en servicios de Odontología o Odontostomatología, sin embargo, ninguno que se enfoque desde el punto de vista de la percepción de los pacientes.

2.2.1. Estudios sobre Calidad de Servicio

Entre los estudios previos revisados, se encuentra el de Infantes (2017), titulado *“Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016”*, cuyo objetivo fue evaluar el grado de satisfacción y factores asociados como la edad, sexo, grado de instrucción, tipo de paciente (nuevo o continuador) o la condición del encuestado (paciente o acompañante). Se encuestaron a 305 pacientes mediante el instrumento SERVQUAL modificado. La satisfacción global fue de 72,9%, según

dimensiones: Fiabilidad 68,6%; Capacidad de Respuesta 72,3%; Seguridad 77,1%; Empatía 73,7% y Aspectos Tangibles 73,6%. El sexo y la edad estuvieron relacionados con todas las dimensiones evaluadas ($p < 0,05$) y con la satisfacción global en el caso de las personas mayores de 58 años.

Según este estudio, existe un elevado nivel de satisfacción global y en todas las dimensiones de la escala SERVQUAL evaluadas en este servicio, especialmente en Capacidad de Respuesta, en este aspecto coincide con HNERM I/II (2016).

En el estudio denominado *“la Calidad de Atención asociada a la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos Asistenciales de Salud: MINSA– EsSalud, Chongoyape – Perú”*, de García & Gálvez (2016), se busca comparar el grado de satisfacción en estos centros asistenciales de salud, usando la encuesta SERVQUAL modificada. Fueron 114 personas para cada grupo (EsSalud y MINSA), haciendo un total de 228. EsSalud tuvo un nivel de satisfacción global de 71,7%, siendo la dimensión Seguridad la que más nivel de satisfacción alcanzó con 74,3%, en comparación con el sector MINSA que tiene una satisfacción global de 44,6% siendo la dimensión de empatía la que más nivel de satisfacción alcanzó con 51,9%.

La importancia de este estudio es que compara el nivel de satisfacción de establecimientos de MINSA y EsSalud, concluyendo que los usuarios de EsSalud presentan mayor grado de satisfacción, estos mismos resultados se observan en los trabajos de Infantes (2017), HNERM I/II (2016) y Seclen (2004); a diferencia de Carranza *et. al.* (2009) y los encuestados del grupo del MINSA de Infantes (2017), en los cuales predomina el grado de insatisfacción.

La Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno del HNERM, realiza todos los años, de manera semestral, un *“Estudio de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia en el HNERM”* (HNERM I/II, 2016), fueron 683 encuestas para cada semestre del año 2016, el instrumento usado fue la encuesta SERVPERF modificada. En el I semestre del 2016 la satisfacción global fue 75% y el porcentaje de insatisfacción 25%, y en el II semestre el porcentaje global de satisfacción fue 67% y el porcentaje de insatisfacción 33%. En ambas encuestas la dimensión mejor puntuada fue la Capacidad de respuesta, las demás no llegaron al puntaje mínimo aceptable.

En este estudio se obtiene un alto grado de satisfacción en ambos semestres, la evaluación se realizó mediante la escala SERVPERF, la cual usa las mismas dimensiones que la escala SERVQUAL, pero solo en base a las percepciones del usuario; se puede observar que solo la dimensión Capacidad de respuesta presenta nivel adecuado, a diferencia de los trabajos de Infantes (2017) y García & Gálvez (2016) en los que todas las dimensiones llegaron al puntaje mínimo aceptable.

Fontova *et. al.* (2015), publicaron un artículo titulado ***“Influencia del Tiempo de Espera en la Satisfacción de Pacientes y acompañantes”***, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción de pacientes y acompañantes, y su relación con el tiempo de espera, realizado en el servicio de Urgencias del Hospital de Figueres (Girona). Se recibieron 285 respuestas; se observó, a menor tiempo de espera percibido hasta ser atendido por la enfermera de triaje mayor satisfacción global, además, los usuarios que fueron informados sobre el tiempo de espera hasta la visita médica, mostraron mayor satisfacción que los que no fueron informados. Se concluye que la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias es elevada. La percepción del tiempo de espera y la información sobre este tiempo influyo en la satisfacción de los usuarios.

Este estudio a diferencia de los anteriores, correlaciona satisfacción con tiempo de espera, pero en un servicio de Urgencias, además se establece que existe relación inversa entre grado de satisfacción y tiempo de espera, finalmente, determinan que los tiempos de espera percibidos por los encuestados son mayores que los tiempos de espera reales.

En la tesis de Maestría de Carranza *et. al.* (2009), denominado ***“Calidad de servicio de la consulta externa del servicio de especialidades médicas del departamento de medicina desde la percepción del usuario externo Hospital III Chimbote ESSALUD 2007”***, se evalúa la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo; la medición de la calidad se realizó a través de la encuesta SERVQUAL. La muestra fue de 191 usuarios; con respecto a la satisfacción global, se encontró que casi el 60% de los encuestados manifestaron insatisfacción leve moderada y casi 40%, satisfacción amplia. Estos porcentajes se mantienen en las dimensiones aspectos tangibles y fiabilidad y se invierten en respuesta rápida, y seguridad; finalmente, se

encontró que el nivel de instrucción y el tiempo de llegada entre 30 minutos a una hora al hospital son factores asociados con la insatisfacción global del servicio.

Según este estudio, existe un elevado nivel de insatisfacción global, en el mismo sentido que el segmento del MINSA del trabajo de García & Gálvez (2016); además coincide con Seclen (2004), en que el acceso al establecimiento de salud influye en el grado de insatisfacción. Finalmente, en esta investigación la dimensión que puntuó mejor fue Seguridad, coincidiendo en este resultado con García & Gálvez (2016).

En la tesis de Maestría de Seclen (2004), titulada **“Satisfacción de usuarios de servicios de salud del MINSA: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados (Perú-ENNIV 2000)”**, se analiza la relación entre satisfacción del usuario y nivel socioeconómico (NSE); la población de estudio fue de 376 y 327 usuarios de los centros de salud (CS) y hospitales, respectivamente. La satisfacción del usuario fue 68.1% y 62.1% para los CS y hospitales, respectivamente, además los usuarios de menor NSE presentaron mayor satisfacción, por último, la edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera son significativas.

Al hacer un análisis de los resultados socioeconómicos, en este estudio se establece que existe asociación positiva entre la educación con la satisfacción (en otros trabajos se da una asociación negativa: Shimamuku, 2012; Bellenzier, 2011), con respecto a la edad (a mayor edad más posibilidad de satisfacción), coincide con Infantes (2017), Santiña (2004) y Pérez *et. al.* (2017).

Finalmente, Miraa *et. al.* (2002), realizan un estudio titulado **“Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria”**, cuyo objetivo fue identificar los aspectos que los pacientes señalan como causa de satisfacción e insatisfacción en diferentes servicios médicos. Se usaron técnicas de grupo focal y grupo nominal, en 20 grupos de trabajo de 10 hospitales y cuatro centros de salud. Participaron 171 pacientes. Los pacientes, consideraron como causas de satisfacción: el trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones. Por otro lado, consideraron como causas de insatisfacción: la falta de coordinación del personal sanitario cuando sucedía, las listas de espera y los retrasos en la atención, en obtener los resultados de las diferentes pruebas o en comunicar el diagnóstico.

Este estudio muestra diferencias metodológicas con nuestro trabajo, porque es de tipo cualitativo, la importancia con respecto a este estudio radica en que se enfatiza como causas de insatisfacción la presencia de listas de espera y retrasos en su tratamiento.

2.2.2. Estudios sobre Tiempo de Espera

Entre los estudios más relevantes sobre tiempo de espera en nuestro medio, se encuentra la tesis de Maestría de Arias (2018), denominada “*Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017*”, que tuvo como objetivo determinar qué aspectos: administrativos (disponibilidad de cama, de SOP, programación quirúrgica, abastecimiento de insumos, etc.), sanitarios (emisión de diagnóstico, resolución de interconsultas, exámenes auxiliares, etc.), o personales (ingreso por consultorio externo, por emergencia, o por transferencia), es el factor de mayor influencia en el tiempo que esperan los pacientes para ser intervenidos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, durante los meses de enero y febrero del año 2017, la población fue de 92 pacientes. La medición del tiempo de espera se realizó a partir de la decisión de tratamiento, se consideró un Tiempo Esperado (\leq a una semana), Retardo moderado (De 2 a 3 semanas) Retardo (De 4 a 6 semanas) Retardo excesivo ($>$ a 6 semanas). Se concluyó que los factores administrativos producen mayor espera (Retardo: 33,7% y Retardo excesivo: 40,2%) que los factores asistenciales (Retardo: 10,9% y Retardo excesivo: 17,4%). La característica sociodemográfica que se encontraba asociada al factor administrativo y asistencial a un mayor tiempo de espera quirúrgico es la edad. En este estudio se evalúa el tiempo de espera a partir del enfoque del proveedor de servicios, y concluye que la demora está influenciada básicamente por factores administrativos, en nuestro trabajo, aunque no sea uno de sus objetivos, también se determina que los factores administrativos producen mayor demora (lapso de tiempo entre la culminación de exámenes preoperatorios e intervención quirúrgica). Finalmente, a diferencia de Lofvendahl *et. al.* (2005), Kelly *et. al.* (2002) y Shortt & Shaw (2003), los cuales concluyen que las variables socioeconómicas no fueron

determinantes en la variación en los tiempos de espera para cirugía electiva, en este estudio la edad fue estadísticamente significativa.

En la tesis de titulación *“Evaluación del tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional de Moquegua 2016”*, de Roque (2017), se usó una guía de recolección, con una muestra de 154 pacientes (cirugía mayor: 62 pacientes, cirugía menor: 59 pacientes, y cirugía de urgencia: 33 pacientes). El punto de partida para evaluar el tiempo de espera es la culminación de exámenes preoperatorios, y los parámetros son: adecuado menor a 30 días, medio de 31 a 60 días, inadecuado de 61 a 90 días. El tiempo de espera en las intervenciones de cirugía mayor es adecuada en un 82.25%, medio en un 14.52% e inadecuado en un 3.23%.

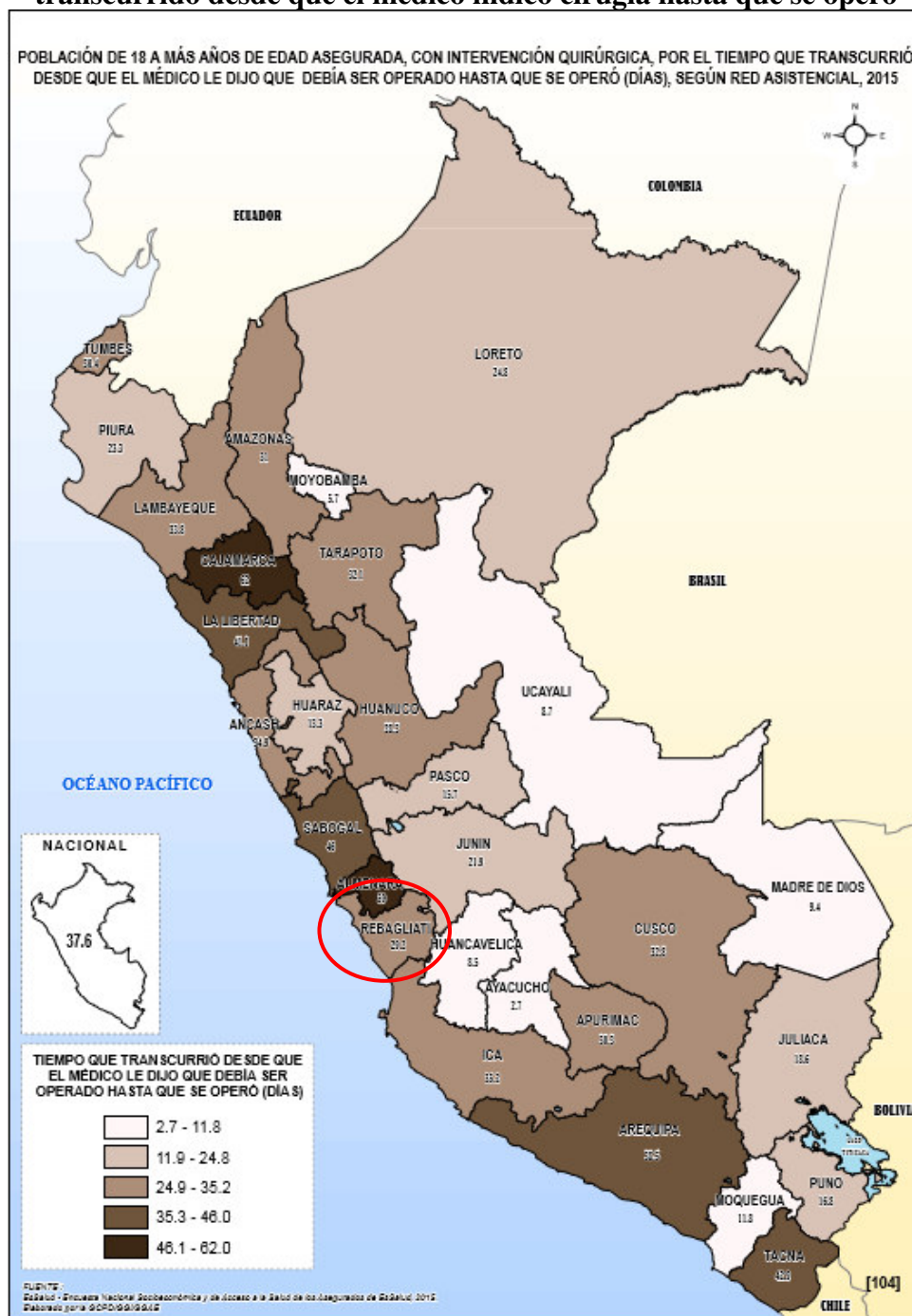
Al comparar el estudio con este trabajo de investigación se encuentran diferencias metodológicas, la recolección de datos se realizó mediante la técnica documental, a través del uso de una guía de recolección de datos dividida en 5 partes, además, el estudio se hace desde el punto de vista del proveedor de servicios y el punto de partida para la medición es diferente. Probablemente el histórico de tiempos de espera en el hospital donde se realizó este estudio indique tiempos cortos, por eso los parámetros de medición solo se establecieron hasta los 90 días, en el mismo sentido Arias (2018) considera en su trabajo un Retardo excesivo (> a 6 semanas); en nuestro estudio se fijaron parámetros mucho mayores porque según el SGH (2017) el año 2016 en el servicio de Odontología se tuvo un tiempo de espera de 333 días.

Díaz & Osada (2015), publicaron un estudio titulado *“Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú”*, realizado en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, durante al año 2013. Refieren que, durante ese año existieron 551 pacientes en lista de espera quirúrgica. El punto de partida para medir los tiempos de espera en este estudio, es desde la programación hasta la operación, el promedio de tiempo de espera fue de 100 días, las afecciones más frecuentes fueron: patología vesicular (colecistitis y colelitiasis).

En este estudio no se especifica si la programación del paciente coincide con su inclusión en lista de espera, además no explican cuál es el instrumento usado para la medición de tiempos de espera.

En el marco del Plan estratégico institucional 2012-2016, EsSalud elabora un documento con Mapas Temáticos de los Principales Indicadores de Acceso a la Salud por Redes Asistenciales de las 29 Redes Asistenciales de EsSalud, en base a la

Figura 16. Población asegurada con intervención quirúrgica según tiempo transcurrido desde que el médico indicó cirugía hasta que se operó



Fuente. ENSSA - EsSalud (2015)

“Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud” (ENSSA – EsSalud, 2015). El documento está organizado en siete capítulos. El capítulo VI contiene información sobre el tiempo de espera, hospitalización e intervención quirúrgica. Con respecto al tiempo que transcurrió desde que el médico le comunicó al paciente que debía ser operado hasta que se operó, el promedio a nivel nacional fue de 37.6 días. En este estudio, en la Red Asistencial Rebagliati (RAR), que comprende el Hospital Rebagliati y los Centros de Atención de Salud (CAS) nivel I y II, el tiempo de espera fue de 29.2 días.

La importancia de este estudio radica en que es realizado por los gestores de EsSalud, mediante encuestas a una muestra de 25 mil viviendas a nivel nacional, durante el primer trimestre del año 2015; comparte coincidencias con este trabajo en la medición del tiempo de espera a partir de la decisión de tratamiento quirúrgico.

Las autoridades del Hospital Nacional Cayetano Heredia, elaboran un proyecto de mejora, denominado **“Proyecto de Calidad: mejorando el acceso del usuario externo para las cirugías electivas ambulatorias (UCMA) del Hospital Nacional Cayetano Heredia”** (HNCH, 2013), con la finalidad de optimizar el acceso para intervenciones quirúrgicas electivas de colecistectomía laparoscópica (COLELAP) y hernioplastias, las cuales son las cirugías más frecuentes del servicio de Cirugía General. Se encontró que el tiempo de espera para acceder a una COLELAP fue de 82 días y para una hernioplastia fue de 100 días.

En este estudio, no se indica cual es el punto de partida para la medición del tiempo de espera, ni cuál es el instrumento usado para llevar a cabo esta medición, tampoco si los datos son obtenidos de los pacientes o de registros de la institución.

Viberg *et. al.* (2013), realizan un estudio denominado **“International comparisons of waiting times in health care-limitations and prospects”**, cuyo objetivo fue describir cómo los países miden los tiempos de espera y evaluar si los tiempos de espera pueden compararse internacionalmente, se incluyeron 23 países de la OCDE. La información fue recopilada a través de artículos científicos, documentos oficiales y no oficiales y páginas web. Se concluye que 15 de los 23 países supervisan y publican estudios sobre tiempo de espera (Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Escocia, País de Gales, Irlanda del Norte, Irlanda, Portugal, España, Países Bajos, Canadá, Nueva Zelanda y

Australia). Todos esos países también tienen alguna forma de tiempo de espera garantizado. Los países sin estadística nacional, sobre tiempos de espera, son Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Grecia, Italia, y Luxemburgo. Además, algunos países sin monitoreo nacional miden los tiempos de espera en los niveles regionales; por ejemplo, Italia.

Este estudio a pesar que fue realizado desde el punto de vista de los proveedores de servicio, permite conocer cuáles son las estrategias para abordar el problema de tiempos de espera en países de la OCDE, las cuales incluyen el aumento de la oferta, la disminución de la demanda y mejorar las salidas de la lista de espera.

Pares *et. al.* (2013), publicaron un estudio titulado ***“Lista de espera en Cirugía General y Digestiva: expectativas del paciente, calidad de vida durante la espera y grado de satisfacción”***, realizado en el Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Déu, cuyo objetivo fue analizar la satisfacción percibida por el paciente, respecto a la demora de tratamiento por la lista de espera quirúrgica en tres tipos de cirugía: coleditiasis, hernia inguinal, y hemorroides. También se analizó la influencia de las expectativas del paciente, y la alteración de la calidad de vida por síntomas durante la demora. Se realizó mediante una encuesta a pacientes intervenidos quirúrgicamente, además, se analizaron los factores predictores de insatisfacción de los pacientes. Se incluyó una muestra de 57 pacientes; el punto de partida para la medición del tiempo de espera es la inclusión en lista de espera; cuando se compararon las características de los pacientes con y sin satisfacción, respecto al tiempo en lista de espera, la alteración de la calidad de vida por síntomas y las expectativas de un tiempo inferior fueron, significativamente, diferentes entre ambos grupos. El tiempo en la lista de espera para toda la serie fue de 139 días (rango 16-471). Se concluye que el grado de insatisfacción de los pacientes está asociado, sobre todo, a las expectativas más que al propio tiempo de demora.

Al comparar el estudio con este trabajo de investigación se observan coincidencias metodológicas, los factores predictores de insatisfacción medidos son tiempo de espera, afectación de la calidad de vida y las expectativas, en nuestro estudio no se incluye la variable expectativas, además este estudio también se realiza desde el punto de vista del usuario, pero en el servicio de Cirugía General, aunque el punto de partida para la medición del tiempo de espera es diferente.

Conner *et. al.* (2011), publicaron un artículo, denominado *“The importance of patient expectations as a determinant of satisfaction with waiting times for hip and knee replacement surgery”*, realizado en el Hospital Drive NM, Alberta, Canadá, este estudio buscó (1) probar la desconfirmación, modelo que en este trabajo correlaciona la satisfacción del paciente con el tiempo de espera (WT) y (2) a construir un modelo explicativo de los determinantes de satisfacción con WT para reemplazo de cadera y rodilla. Se procesaron 1240 encuestas de dos muestras aleatorias: pacientes en lista de espera o aquellos que habían recibido un reemplazo de articulación dentro de los tres a doce meses anteriores. De acuerdo con el modelo de la desconfirmación, cuando sus WT fueron mayores que sus expectativas, ambos grupos tuvieron mayores probabilidades de insatisfacción. Los pacientes posquirúrgicos que esperaron de seis a doce meses y más de 12 meses tuvieron mayores probabilidades de estar insatisfechos con su WT, los pacientes que sentían que fueron tratados injustamente tuvieron mayores probabilidades de estar insatisfechos. Se concluye que la satisfacción con los WT se relaciona con el cumplimiento de las expectativas sobre la espera, como también con una percepción de equidad.

Este estudio comparte las mismas conclusiones que el estudio anterior, con respecto a que la satisfacción con los tiempos de espera se relaciona con el cumplimiento de las expectativas más que con el propio tiempo de espera, además adiciona la variable percepción de equidad, otro aspecto importante es que en este trabajo se usa el modelo de la disconfirmación de expectativas para evaluar el grado de insatisfacción con la espera (paradigma que también se usa en la escala SERVQUAL), por último, el punto de partida para la medición del tiempo de espera es el mismo que en este estudio.

Con respecto a la percepción de los pacientes sobre tiempos de espera, Rodrigo & Gabilondo (2007), realizan el estudio titulado *“Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes”*, cuyo objetivo es conocer el tiempo máximo que a los pacientes del Servicio Navarro de Salud les parece aceptable esperar para procedimientos quirúrgicos y consultas, y determinar las repercusiones que ha tenido la espera en los pacientes, mediante una encuesta telefónica a 2.400 pacientes atendidos en consultas y 1.131 pacientes intervenidos quirúrgicamente durante 1999 y 2000. El Referente temporal máximo de espera es de un mes para el 80% de los pacientes que esperó ser atendido en consulta y para el 74%

que esperó para intervención quirúrgica. El 4,4% de los pacientes de consultas y el 6% de los pacientes quirúrgicos tuvieron que realizar gestiones para agilizar la situación en la lista. El 13% de los pacientes de consultas y el 17,4% de los pacientes quirúrgicos manifestaron necesidad de consultar a otros profesionales sanitarios. El 12% de los pacientes de consultas y el 9% de los pacientes quirúrgicos necesitaron ayuda extra de cuidadores. El 34,2% de los pacientes de consultas y el 32,2% de los pacientes quirúrgicos percibieron algún tipo de empeoramiento durante la espera y sintieron algún grado de inquietud o ansiedad durante la espera (el 67,3% de los pacientes de consultas y el 82,9% de los pacientes quirúrgicos).

Los resultados de este estudio permiten conocer el tiempo máximo que la mayoría de pacientes están dispuestos a esperar por una intervención quirúrgica, que es de un mes, en nuestro medio no se han encontrado este tipo de estudios, pero probablemente los resultados sean similares; otro aspecto importante de este trabajo es la percepción de los pacientes acerca de su afectación de la calidad de vida durante la espera, que incluye criterios clínicos y sociales.

En la bibliografía revisada, se encontró un artículo de Lofvendahl *et. al.* (2005), titulado “*Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients’ opinión*”, cuyo objetivo fue evaluar los tiempos de espera para tres grupos de pacientes ortopédicos de 10 hospitales en Suecia e identificar los factores que explican las variaciones en el tiempo de espera. Se envió un cuestionario a 1336 pacientes quirúrgicos (517 reemplazo de cadera, 321 cirugía de espalda y 498 cirugía artroscópica de rodilla) 3 meses después de la cirugía. Medidas de resultado: duración del tiempo de espera, variables socioeconómicas, tipo de hospital, calidad de vida relacionada con la salud y opinión sobre el tiempo de espera. Se concluye que las variables socioeconómicas no fueron determinantes en la variación en los tiempos de espera, excepto por el estado laboral en el grupo de cirugía de columna donde los pacientes que trabajaban tenían tiempos de espera más cortos, los pacientes con mejor calidad de vida relacionada con la salud tuvieron tiempos de espera significativamente más largos para la cirugía artroscópica de rodilla con todas las medidas de tiempo de espera.

Al comparar el estudio con este trabajo de investigación se observan coincidencias metodológicas, se evalúa el tiempo de espera para cirugía electiva en servicios de Traumatología, desde el punto de vista del paciente. A partir de los resultados de este estudio se puede inferir que en estos hospitales de Suecia se manejan adecuadamente estrategias de disminución de la demanda, pues se prioriza a aquellos pacientes con licencia por enfermedad (que requieren cirugía de columna), con el fin de reducir el coste de las prestaciones por enfermedad; además priorizan a aquellos pacientes con mayor afectación en la calidad de vida relacionada con la salud. Finalmente, consideran las variables socioeconómicas como una de las medidas de resultado.

Lewis & Nowak (2002), publicaron un artículo titulado *“Stretching the safety net too far: waiting times for dental treatment”*, cuyo objetivo fue determinar las necesidades percibidas de recursos y los cambios en los últimos cinco años en las características de la población de sus pacientes y en los tiempos de espera para el tratamiento dental con sedación o anestesia general (GA) para niños con complejas historias dentales, mediante encuestas a directores de programas de Odontología pediátrica de EE.UU. Una encuesta de 47 preguntas fue enviada electrónicamente a estos directores, 25 de los 54 directores de programas respondieron. El 31% informó de clínicas ambulatorias ubicadas en una escuela dental, el 31% informó que sus clínicas estaban en un hospital y el 38% tenía clínicas en ambos ambientes. Se concluye que el tiempo medio de espera para programar el tratamiento con GA para un niño con dolor es de 28 días; sin dolor 71 días.

En este estudio por medio de encuestas se evalúa el tiempo de espera para cirugía electiva en servicios de Odontoestomatología, pero desde el punto de vista del proveedor de servicios, no indica el punto de partida para la medición del tiempo de espera, ni la opinión de los pacientes sobre la espera.

En el estudio de Shortt & Shaw (2003), titulado *“Equity in Canadian health care: Does socioeconomic status affect waiting times for elective surgery?”*, se comparan los tiempos de espera para la cirugía electiva de pacientes que viven en áreas socioeconómicas bajas y altas. Revisan las historias clínicas de todos los pacientes que se sometieron a cirugía electiva en un centro de salud académico canadiense entre 1992 y 1999. Utilizando los códigos postales de los pacientes asignaron el nivel

socioeconómico (SES) sobre la base de 5 características en los datos del censo de 1996. Por último, compararon los tiempos de espera para la cirugía con personas de regiones en el tercio más bajo (grupo de SES bajo) con los pacientes de regiones en el tercio superior (grupo de SES alto). En promedio, los pacientes en el grupo de SES alto esperaron 31,1 días y los del grupo de SES bajo esperaron 29,3 días. Cuando las diferencias en los tiempos de espera para 22 procedimientos comunes se examinaron entre los grupos, solo la diferencia para la prostatectomía fue estadísticamente significativa: los pacientes en el grupo con SES alto esperaron 4.4 días menos que aquellos en el grupo con SES bajo. Se concluye que existe poca evidencia de que residir en una región en la que el SES estaba en el tercio más bajo se asoció con tiempos de espera más largos para la cirugía electiva.

Este estudio coincide en sus resultados con Lofvendahl *et. al.* (2005) y Kelly *et. al.* (2002) en el sentido de que las variables socioeconómicas no fueron determinantes en la variación en los tiempos de espera para cirugía electiva.

Kelly *et. al.* (2002) publican un artículo, *denominado “Equity in waiting times for major joint arthroplasty”*, cuya finalidad es determinar si las listas de espera se manejan de manera equitativa en un sistema de salud universal mediante el examen de factores demográficos, socioeconómicos y clínicos. El estudio se realiza en pacientes de dos hospitales de la Capital Health de Alberta (Canada). Realizaron visitas domiciliarias a 553 pacientes, que esperaban una cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla, cuando el paciente fue colocado en la lista de espera y justo antes de la cirugía. El instrumento usado fue Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) y el Medication Quantification Score. Concluyen que las listas de espera se manejaron injustamente en términos de equidad clínica (severidad clínica) pero se manejaron equitativamente en términos de equidad social. Los análisis univariados no indicaron diferencias significativas en el tiempo de espera para las categorías de edad, sexo, estado civil, educación, idioma primario, estado laboral y tipo de residencia.

Finalmente, Derrett *et. al.* (1999), realizan un estudio titulado *“Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life”*, cuyo objetivo fue describir las experiencias de los pacientes que deben esperar para recibir una cirugía electiva en un hospital regional de Nueva Zelanda. La población de estudio comprendía a todas las

personas en la lista de espera para prostatectomía o reemplazo de articulación de cadera o rodilla. Los participantes completaron la encuesta de salud SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud general y los instrumentos específicos de la condición para medir la gravedad de la condición de cada participante. A los participantes también se les hicieron preguntas sobre tiempos de espera aceptables. En este estudio se concluye que la mayoría de los participantes informaron síntomas graves y una calidad de vida relacionada con la salud significativamente peor en la mayoría de las dimensiones que una muestra general de la población de Nueva Zelanda. La calidad de vida general o la salud específica de la condición parecieron empeorar con la duración de la espera. Las personas con síntomas más severos desean cirugía más rápidamente que las personas con síntomas menos severos.

Los resultados de este artículo coinciden con una de las hipótesis alternativas de nuestro estudio, en el sentido que la afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes con respecto a los tiempos de espera para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones. Otro aspecto importante de este estudio es el uso del Cuestionario SF-36 para medir la afectación de la calidad de vida; este es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados, porque usa criterios clínicos y sociales; en nuestro estudio solo se usan criterios clínicos como dolor, infecciones, etc.

2.3. Bases Teóricas

2.3.1. Conceptos de Calidad

Hay una diversidad de conceptos que se tiene sobre calidad, por eso se considera a este término como polisémico; se puede decir que cada autor tiene una propia. Al respecto, Camisón (2006) indica que las definiciones propuestas en la literatura pueden condensarse en los seis conceptos ofrecidos en la siguiente tabla.

Cuadro 3. Conceptos de Calidad

Autores	Enfoque	Acento diferencial	Desarrollo
Platón	Excelencia	Calidad absoluta (producto)	Excelencia como superioridad absoluta, «lo mejor». Asimilación con el concepto de «lujo». Analogía con la calidad de diseño.
Shewhart Crosby	Técnico: conformidad con especificaciones	Calidad comprobada / controlada (procesos)	Establecer especificaciones. Medir la calidad por la proximidad real a los estándares. Énfasis en la calidad de conformidad. Cero defectos.
Deming, Taguchi	Estadístico: pérdidas mínimas para la sociedad, reduciendo la variabilidad y mejorando estándares	Calidad generada (producto y procesos)	La calidad es inseparable de la eficacia económica. Un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste. La calidad exige disminuir la variabilidad de las características del producto alrededor de los estándares y su mejora permanente. Optimizar la calidad de diseño para mejorar la calidad de conformidad.
Feigenbaum Juran Ishikawa	Aptitud para el uso	Calidad planificada (sistema)	Traducir las necesidades de los clientes en las especificaciones. La calidad se mide por lograr la aptitud deseada por el cliente. Énfasis tanto en la calidad de diseño como de conformidad.
Parasuraman Berry Zeithaml	Satisfacción de las expectativas del cliente	Calidad satisfecha (servicio)	Alcanzar o superar las expectativas de los clientes. Énfasis en la calidad de servicio.
Evans (Procter & Gamble)	Calidad total	Calidad gestionada (empresa y su sistema de valor)	Calidad significa crear valor para los grupos de interés. Énfasis en la calidad en toda la cadena y el sistema de valor.

Fuente. Camisón *et. al.* (2006)

En esta investigación usamos la definición de calidad de Parasuraman, Berry y Zeithaml, creadores de la escala SERVQUAL, los cuales creen que se alcanza la calidad al satisfacer las expectativas del usuario, usando como estándar de comparación las percepciones. En el mismo sentido Palacios (2014), indica que, en la literatura se considera en muchas ocasiones la medida de la satisfacción del usuario como un indicador de la calidad de servicio. Por último, algunos autores estiman la calidad percibida como un concepto muy próximo al de satisfacción y muchas veces intercambiable con él (Miraa *et. al.*, 2002; Palacios, 2014).

2.3.2. Medición de la Calidad de Servicio

Según Camisón (2006), aunque el número de modelos conceptuales de calidad de servicio es amplio porque alcanzan a 19 (identificados por Seth *et. al.* entre 1984 y 2003), los dos conceptos fundamentales de calidad de servicio son los provistos por la Escuela Nórdica y la Escuela Norteamericana.

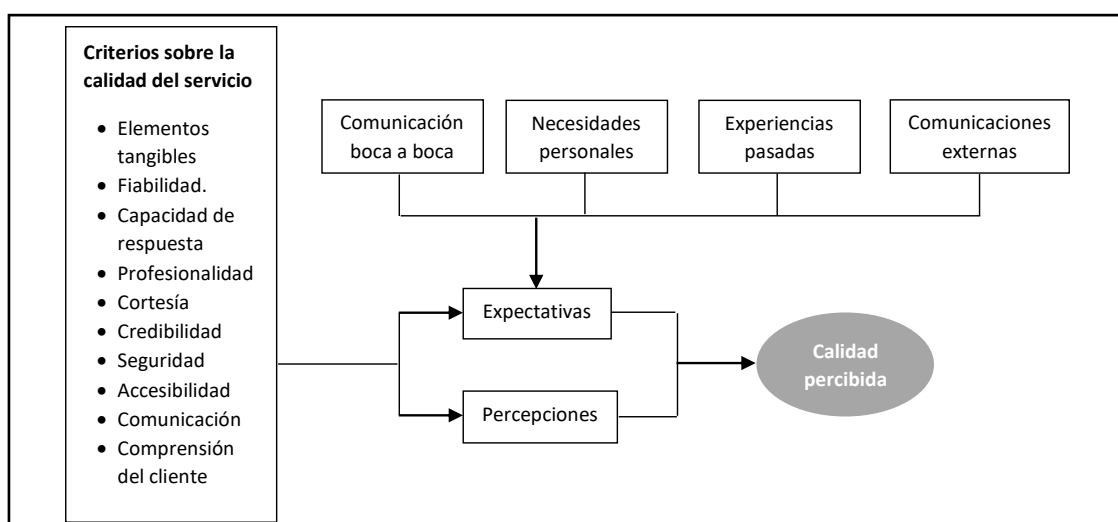
Se podría decir que el análisis de la calidad del servicio se inició formalmente con el artículo de Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1985 (representantes de la escuela americana), en el que se proponía un modelo de calidad del servicio, que fue redefinido y bautizado como SERVQUAL (Service Quality) por los mismos autores en 1988 (Pulido, 2014). También conocido como modelo PZB (Miranda, 2007).

para hacer operativo este concepto los autores dividieron su investigación en dos fases: estudio exploratorio e investigación cuantitativa. (Zeithaml *et. al.* 2008).

El estudio exploratorio Como resultado de este estudio, se pudo definir lo siguiente: 1) se determinó que el factor clave para lograr un alto nivel de calidad en el servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que el cliente tiene respecto al servicio (desconfirmación de expectativas). 2) se sugirió la existencia de algunos factores clave que condicionan las expectativas de los consumidores. 3) se identificaron diez dimensiones generales que representan los criterios de evaluación y que utilizan los consumidores para valorar la calidad de un servicio (Ver Figura 17).

Fase de Investigación Cuantitativa. Se seleccionó y condensó el instrumento de 97 ítems y 10 dimensiones. El instrumento final, SERVQUAL, está compuesto por 22 ítems que incluyen los cinco criterios finales de calidad de servicio para medir las expectativas y percepciones, mediante una escala de Lickert de 7 puntos que acompaña cada ítem (Ver Cuadro 4).

Figura 17. Evaluación del usuario sobre la calidad de servicio



Fuente. Elaboración propia a partir de Zeithaml *et. al.* (2008. P. 26)

Cuadro 4. Escala SERVQUAL

Dimensión	Ítem	Aspecto valorado	Expectativa (E)	Percepción (P)
ELEMENTOS TANGIBLES	1	Equipamiento de aspecto moderno	1 a 7	1 a 7
	2	Instalaciones físicas visualmente atractivas		
	3	Apariencia pulcra de los colaboradores		
	4	Elementos tangibles atractivos		
FIABILIDAD	5	Cumplimiento de las promesas	1 a 7	1 a 7
	6	Interés en la resolución de problemas		
	7	Realizar el servicio a la primera		
	8	Concluir en el plazo prometido		
	9	No cometer errores		
CAPACIDAD DE RESPUESTA	10	Colaboradores comunicativos	1 a 7	1 a 7
	11	Colaboradores rápidos		
	12	Colaboradores dispuestos a ayudar		
	13	Colaboradores que responden		
SEGURIDAD	14	Colaboradores que transmiten confianza	1 a 7	1 a 7
	15	Clientes seguros con su proveedor		
	16	Colaboradores amables		
	17	Colaboradores bien formados		
EMPATÍA	18	Atención individualizada al cliente	1 a 7	1 a 7
	19	Horario conveniente		
	20	Atención personalizada de los colaboradores		
	21	Preocupación por los intereses de los clientes		
	22	Comprensión por las necesidades de los clientes		

Fuente. Zeithaml *et. al.* (1993), en Camison, *et. al.* (2006)

2.3.3. Teoría de Colas

El presente trabajo de investigación se enmarca en la teoría de colas o líneas de espera, la cual tiene elementos comunes y aplicables para el sector salud. La formación de colas son un fenómeno común en nuestra vida diaria y se presentan siempre que la demanda excede a la oferta, este fenómeno surge cuando unos recursos compartidos necesitan ser usados para dar servicio a un elevado número de clientes.

El origen de la teoría de colas se encuentra en el esfuerzo de Agner Kraup Erlang, quien la crea en 1909 para analizar la congestión de tráfico telefónico con el objetivo de cumplir la demanda de servicios en el sistema telefónico de Copenhague.

La teoría de colas es una rama de la investigación operativa que estudia las listas de espera (Odón 2001, en Moya 2005). El objetivo primordial del estudio de una cola es el estudio de su coste, es decir, minimizar el coste total de un sistema. Existen dos costes perfectamente identificados que son, por un lado, el coste de tiempo al esperar

un servicio (en el sistema sanitario se expresaría como coste en salud, insatisfacción o calidad) y por otro lado el coste de proporcionar el servicio. Una cola o sistema de espera se caracteriza por varios elementos básicos que son los clientes o unidades potenciales, la disciplina que rige la cola y la duración del servicio.

1.- En primer lugar, los clientes o unidades que llegan al sistema (personas u objetos) para recibir un servicio. De este elemento se obtiene una formulación matemática del momento de llegada en términos probabilísticos. Un sistema de espera se representa mediante el proceso de llegadas de transacciones o unidades a un sistema con el fin de recibir un servicio por cualquiera de una o más entidades, conocidas como servidores. Si todos los servidores se encuentran ocupados, las unidades permanecen en espera en la fila hasta que son atendidas o, por el contrario, deciden abandonar la fila. Una vez el servicio ha sido proporcionado las unidades salen del sistema y se convierten en nuevas unidades potenciales.

2.- El segundo elemento básico de una cola es la disciplina que rige en la misma: Primero en llegar, primero en ser servido FIFO: first in first out (Arias, 2018). Sin embargo, en muchas colas es habitual el uso de la disciplina LIFO (atender primero al último), o también es posible encontrar reglas de secuencia con prioridades, que es el caso más típico en el sistema sanitario. Las consecuencias pueden ser: impaciencia del cliente, abandono de la cola cuando esta excede de un cierto límite, elección de la cola en el caso de que hubiese en el sistema dos estaciones de servicio.

3.-El tercer elemento básico de una cola es la duración del servicio y cuyo intervalo de tiempo se especifica también por una función de probabilidad (Moya, 2005).

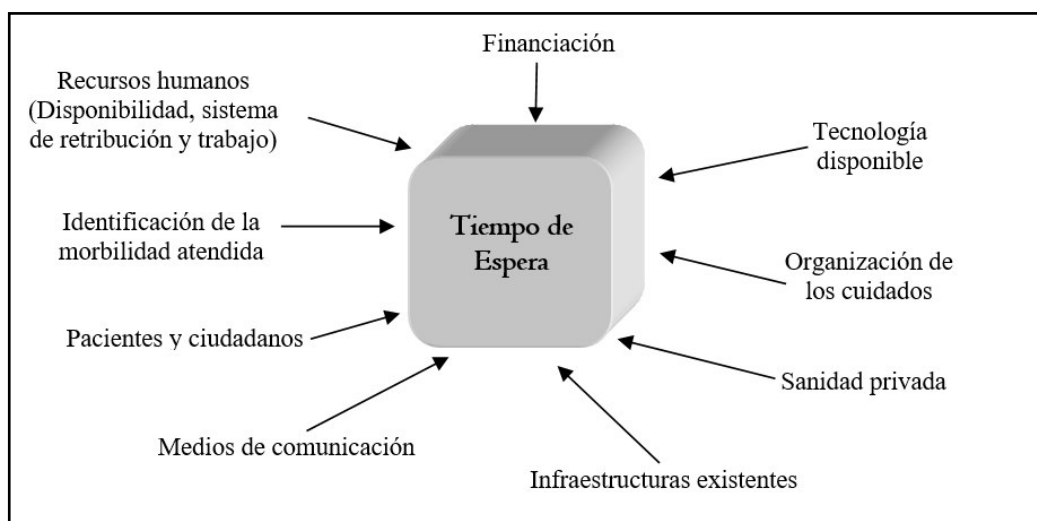
La teoría de las colas en si no resuelve directamente el problema, pero contribuye con la información vital que se requiere para tomar las decisiones concernientes, prediciendo algunas características sobre la línea de espera: probabilidad de que se formen, el tiempo de espera promedio, etc. (Minsa-Chile, 2010).

Los modelos matemáticos de colas han sido aplicados en el área de la salud desde diferentes perspectivas: en los servicios de admisión, en la evaluación de estrategias de prioridad, en la gestión de quirófanos, en la valoración de la planificación de la capacidad de las UCIs, en la planificación y gestión de las camas hospitalarias, en el manejo y gestión del banco de sangre, etc. y en los últimos años, también ha sido utilizada la teoría de colas en la gestión de listas de espera (Moya, 2005).

2.3.4. Tiempo de Espera y Lista de Espera

Los tiempos de demora en la atención son un indicador de la respuesta de los servicios públicos que expresan su capacidad para proporcionar la asistencia correcta en el tiempo adecuado. Pero además son la expresión de un problema multifactorial en el cual intervienen, de forma importante, factores diversos como recursos humanos, financiamiento, tecnología disponible, pacientes y ciudadanos, etc. (Cañizares & Santos, 2011). Ver la siguiente Figura.

Figura 18. Determinantes del Tiempo de Espera



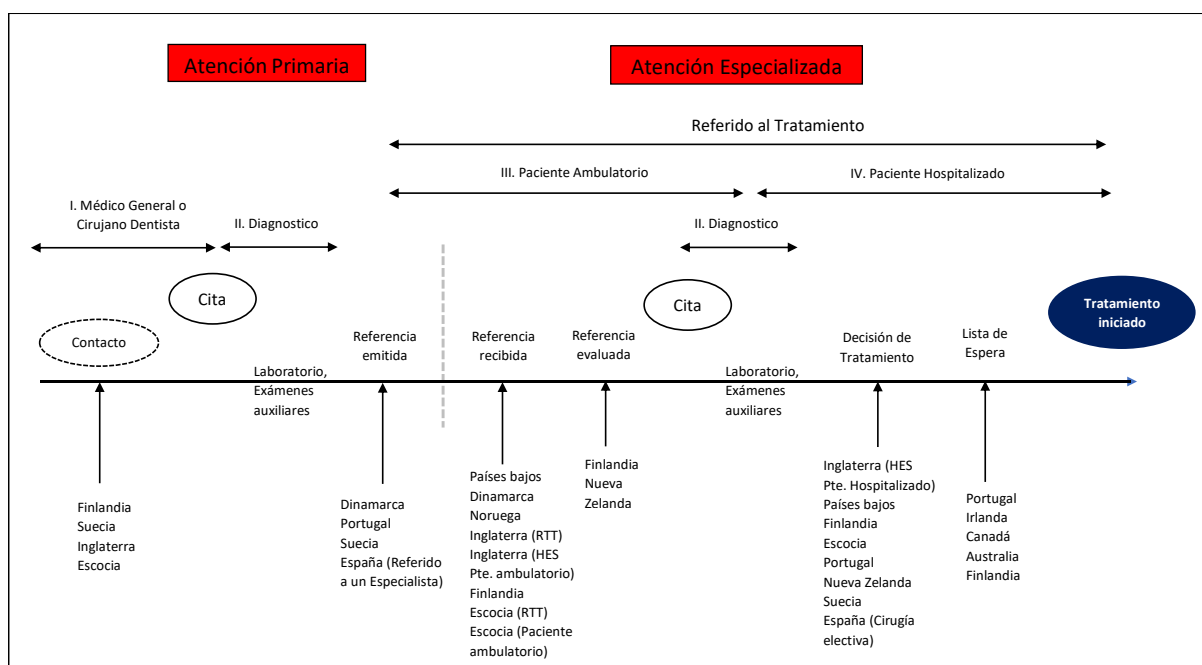
Fuente. Elaboración propia, modificado a partir de Cañizares & Santos (2011)

Según Monge *et. al.* (2014), los tiempos de espera aparecen como resultado del desequilibrio de la demanda y la oferta. Si la demanda excede la oferta, se forma una lista de espera. Adicionalmente, la situación de tiempo de espera puede ser difícil de mejorar a largo plazo si la variación en la oferta no se adapta a la variación de la demanda.

La definición de Tiempo de Espera varía según el autor al que se consulta, y según la medición que se quiera realizar. Algunos consideran que los tiempos de espera para

un tratamiento quirúrgico se inician en el primer contacto con el paciente en el centro de atención primario; otros cuando se emite o recibe la referencia al paciente. Para otros autores, este se contabiliza a partir de la decisión del tratamiento quirúrgico; y por último, algunos consideran que este se inicia cuando al paciente se incluye en la lista de espera quirúrgico del servicio. Algunos países, especialmente, los miembros de la OCDE ya tienen definida esta variable, la cual es aplicada en la mayoría de sus hospitales, lo que facilita su análisis estadístico.

Figura 19. Puntos de partida para medir los Tiempos de Espera



Fuente. Elaboración propia a partir de Viberg *et al.* (2013)

Para Bernardini *et al.* (2008), el problema de las listas de espera quirúrgicas es uno de los que más impacto y mayor disconformidad y ansiedad despiertan en el usuario. Afecta a casi todos los servicios públicos y, especialmente, a la percepción de la calidad de prestación. La duración del tiempo de espera quirúrgica es un predictor de su aceptación por parte del paciente, siguiendo una relación inversa; por lo que constituye una cuestión importante en relación con la calidad de atención médica. El problema de las listas de espera es un problema global en salud pública. En España,

las primeras 4 causas de preocupación en relación con el sistema sanitario se refieren a las distintas formas de demora de la atención médica.

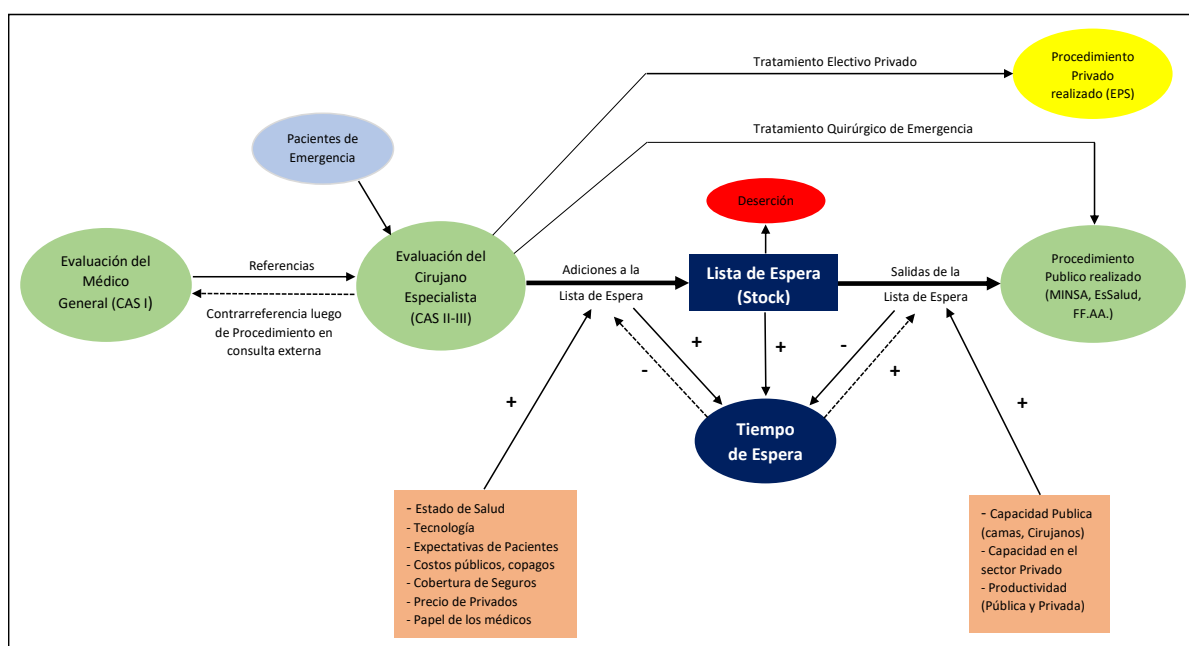
La Figura 20 muestra, de forma simplificada, la forma en que los pacientes que requieren cirugía electiva fluyen a través del sistema de atención pública en el Perú (Minsa, EsSalud, FF. AA., etc.), los pacientes llegan primero a un CAS nivel I, y son evaluados por un médico general, quien refiere a los pacientes a un hospital de nivel II o III porque no pueden ser manejados en ese nivel. Los pacientes, en el hospital de nivel II o III, son evaluados por un cirujano especialista (en caso el paciente acuda por emergencia, ingresa directamente al hospital nivel II o III), y si se determina que el paciente requiere tratamiento quirúrgico en sala de operaciones, se tienen 3 posibilidades: si es un paciente de emergencia, ingresa directamente a sala de operaciones (no entra a lista de espera); si requiere cirugía electiva y hay embalse en el servicio, es enviado a alguna EPS que tenga convenio con la institución (el servicio de Odontología del HNERM no está incluido en esta modalidad); y si requiere cirugía electiva y no hay embalse en el servicio, se le solicitan los exámenes pre quirúrgicos y empieza a correr el tiempo de espera hasta que ingresa a sala de operaciones. Según Siciliani & Hurst (2003), los determinantes de los tiempos de espera y de las listas pueden dividirse en aquellos que afectan la demanda de tratamiento (ingresos a la lista de espera) y los que afectan el suministro de tratamiento (salidas de la lista de espera).

La afluencia de la demanda de cirugía electiva está determinada por el estado de salud de la población, el estado de la tecnología médica que determina la gama de condiciones que son tratables y las expectativas del paciente. También es probable que varios incentivos financieros, como el grado de participación de los gastos de los pacientes públicos, la proporción de la población con seguro médico privado y el precio de la cirugía privada, sean factores que influyen en la demanda. Mientras tanto, dado el papel clave que desempeñan los médicos en el manejo de la demanda, los umbrales para referencias y para adiciones a la lista, establecidos por los médicos generales y los cirujanos, respectivamente, serán importantes.

La salida (suministro) de cirugía electiva depende de la capacidad quirúrgica pública y privada, y de la productividad con la que se utiliza la capacidad. La evidencia

econométrica sugiere que la mayor capacidad, en términos de aumento del número de camas y de médicos, se asocia con menores tiempos de espera.

Figura 20. Determinantes de variaciones en los Tiempos de Espera



Fuente. Elaboración propia a partir de Siciliani & Hurst (2003)

Cano *et. al.* (2002) indica que el tiempo de espera, solo aparece en los sistemas con aseguramiento universal y presupuesto global, y no siempre tiene efecto negativo, pues en ocasiones es hasta conveniente, ya que puede cumplir un doble objetivo: por un lado, facilitar la planificación de tareas, con el fin de favorecer el máximo aprovechamiento de los recursos; y otro, autorregular la demanda y desincentivar aquella “demanda oculta”, consistente en individuos con patologías menores que buscan otras opciones asistenciales y que, de no existir lista de espera, utilizarían el sistema público volviendo a incrementar la demanda y, en consecuencia, la lista de espera. El objetivo que se debe plantear no es, pues, eliminarlas en su totalidad, sino mantener una lista, tal que sus periodos correspondan a las necesidades de la población, la demanda recibida y los recursos disponibles.

Bernal (2002), en relación al problema de tiempos de espera, indica que con excepción de las colas producidas en las salas de espera de los centros de salud y aquellas que se producen en las puertas de urgencias, el resto de colas del sistema están mediadas por la decisión de un médico. Algunas evidencias son suficientemente expresivas: en mujeres con cáncer de mama, radiadas tras la extirpación quirúrgica, se encontraron supervivencias libres de enfermedad del 69% cuando la radioterapia se demoró más de 4 meses; en mujeres que recibieron tratamiento sin demora, la supervivencia fue del 85%. La supervivencia libre de enfermedad a los 8 años fue del 48% si había demora en el tratamiento con radioterapia, y del 71% si no la había. Los pacientes con más de tres meses de demora quirúrgica veían reducida la supervivencia a los 5 años en más de un 10%.

Los aspectos clave, en la prestación de la cirugía y en relación al tiempo de espera, son los siguientes:

1) Cuando se observa las listas de espera para intervenciones quirúrgicas electivas, financiadas con fondos públicos, es necesario señalar que no afectan a todos los países por igual. Así, mientras que, en países como Australia, Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Reino Unido y Suecia constituyen un serio problema de política sanitaria; en otros como Alemania, Austria, Bélgica, Estados Unidos, Francia, Japón, Luxemburgo y Suiza este problema es, prácticamente, inexistente. Evidentemente, porque los modelos sanitarios son diferentes y el proceso de racionamiento y ajuste se realiza por vías distintas (Cañizares & Santos, 2011).

2) La práctica de la cirugía ha evolucionado rápidamente a lo largo de muchas décadas, pero ha sido menos afectada por el desarrollo de la tecnología sanitaria y la “medicina basada en la evidencia” que la práctica farmacéutica (los procedimientos quirúrgicos se introducen a menudo en la práctica sin una evaluación rigurosa). Esto ha permitido perpetuar un clima de incertidumbre, del cual emergen las variaciones en la opinión clínica sobre las indicaciones para la cirugía electiva, y un incremento de los tiempos de espera. (Hurst & Siciliani, 2003; Moya, 2005).

3) En los sistemas sanitarios públicos, el precio que paga el usuario en el momento del consumo de un servicio suele ser cero o prácticamente cero; dependiendo si hay copagos y de su cuantía. Esta ausencia de precio monetario actúa como incentivo para consumir visitas o tratamientos adicionales, hasta que el beneficio esperado de las

mismas sea también cercano a cero. En estas condiciones, se suele producir un desequilibrio entre la oferta disponible y la demanda potencial, que se canaliza a través de los tiempos de espera; es decir, el paciente paga un precio-tiempo, en lugar de un precio monetario. Es más, se da una paradoja interesante: si se disminuye el tiempo de espera, es posible que aumente el número de pacientes que se ponen a la cola de espera; pues esa disminución del tiempo de espera puede aumentar aún más la demanda. Fundació Grifols (2009), en el mismo sentido Arce (2003), indica que los dos mecanismos tradicionales de racionamiento en cualquier mercado son el precio y la cantidad. Ante la inexistencia de precios explícitos en el mercado público de la salud, la cola se constituye en el mecanismo racionador. Sin embargo, hay que señalar que, ciertamente, en presencia de precios, las listas de espera desaparecen; en consecuencia, una lista de espera implícita es el resultado de las personas que no pueden pagar el servicio de salud.

4) Existe evidencia indirecta del papel preponderante del cirujano en la demanda. Generalmente, tales variaciones en las tasas de cirugía electiva no pueden explicarse por las variaciones en las características demográficas o epidemiológicas de las poblaciones atendidas o por las variaciones de los recursos locales. A diferencia del pago asalariado, el pago competitivo por pago de servicios puede alentar a muchos a ofrecer un acceso rápido; es decir, a mantener colas cortas (en el año 2000 en Dinamarca, el volumen de actividad de 18 procedimientos quirúrgicos comunes aumentó en un 13% y los tiempos de espera promedio disminuyeron de 26 semanas a 21,5 semanas (Clemmesen & Hansen, en Siciliani & Hurst, 2003). Por el contrario, permitir la práctica dual de los cirujanos asalariados (tanto en el sector público como en el privado) puede alentar a algunos cirujanos a alargar las colas públicas para estimular la demanda de sus prácticas privadas.

5) Es fácil que un stock de pacientes que esperan una cirugía electiva se acumulen si el flujo de adiciones a la lista de espera en algún momento excede la tasa a la que los pacientes son retirados de la lista recibiendo tratamiento. Algunos de los desequilibrios pueden surgir de las fluctuaciones a corto plazo de la demanda; especialmente, de los pacientes de emergencia (incluidos los pacientes médicos), que tienen prioridad para las camas y el personal en los hospitales generales. Otros pueden ser a largo plazo y estructurales. El hospital o la unidad quirúrgica tendrá un incentivo para alentar esas colas porque ayuda al hospital o a la unidad quirúrgica para mantener sus camas y salas

de operaciones cargadas óptimamente, y sus costos unitarios bajos cuando hay fluctuaciones imprevisibles en la demanda de tratamiento de emergencia (Hurst & Siciliani, 2003).

6) El tiempo de espera está asociado, negativamente, con el número de camas disponibles (elasticidad igual a -0.242), (Martin y Smith (1999), en Siciliani & Hurst, (2003). Del mismo modo, Lindsay y Feigenbaum (1984), en Siciliani y Hurst (2003), encontraron que los tiempos de espera se asociaban negativamente con el número de médicos y camas disponibles. Según Viberg (2013), un informe de la OCDE recientemente publicado, sugiere una asociación negativa entre los tiempos de espera y la disponibilidad de camas de cuidados curativos y, en menor medida, entre los tiempos de espera y el gasto de salud pública per cápita. Sin embargo, el suministro no es únicamente la explicación de los tiempos de espera. Hay algunos países con alto gasto, camas o médicos que todavía tienen tiempos de espera.

7) Es importante reconocer que una lista de espera electiva no suele ser una simple cola gobernada por el comportamiento del “primero llegado, primero servido”. Por el contrario, una lista de espera típica consistirá en una serie de diferentes flujos de pacientes, aproximadamente, diferenciados por categorías de urgencia. Además, los pacientes pueden moverse entre corrientes de urgencia si su condición se deteriora o se vuelve inestable (Hurst & Siciliani, 2003).

8) La base de la legitimidad de las políticas públicas en salud se ve erosionada por la persistencia de las listas y tiempos de espera; Arce (2003) pone de manifiesto que las listas de espera presentan una relación inversa con el nivel socioeconómico de los pacientes; así por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en Escocia, durante el período 1986-1997, y con una muestra de 26,642 pacientes, se determinó que los pacientes en las dos categorías más desfavorecidas (entre las cuales predominaban mujeres y jóvenes), socioeconómicamente, esperaron alrededor de tres semanas más para ser operados que los pacientes en las dos categorías superiores.

9) Los importantes avances en la tecnología quirúrgica y en la anestesia se produjeron en las últimas dos o tres décadas. Estos avances han mejorado mucho la gama, la seguridad y la eficacia de los procedimientos quirúrgicos que pueden ofrecer los sistemas de salud modernos. Muchos procedimientos se llevan a cabo ahora a un menor costo unitario, como cirugía ambulatoria en lugar de involucrar uno o más días de hospitalización. Como consecuencia, se han producido aumentos dramáticos en la

demanda de procedimientos quirúrgicos, especialmente, procedimientos electivos (no urgentes), como la cirugía de cataratas, reemplazos de cadera y cirugía de derivación coronaria (Hurst & Siciliani, 2003).

Los tiempos de espera excesivos, ya mencionados, son un problema multifactorial, pero no hay consenso internacional sobre lo que representa una espera “excesiva”. En los últimos años, varios países de la OCDE han fijado metas de tres o seis meses para los tiempos de espera máximos. Al respecto, Bernardini *et. al.* (2008), en su estudio sobre el tiempo de espera “ideal” expresado por casi el 56% de la muestra, opina que no debe ser mayor de 30 días. Si se toma al 75% de la muestra, este período podría ser aceptable hasta los 90 días. En la actualidad, el promedio de tiempo de espera, para los procedimientos quirúrgicos electivos, son superiores a tres meses en algunos países, y los tiempos de espera máximos pueden extenderse en años. Antes de eso, muchas veces los pacientes esperan la evaluación inicial (dos o tres meses, en promedio). En ese sentido, Rodrigo & Gabilondo (2007) manifiestan que algunos autores han puesto de manifiesto que las repercusiones que puede tener para los pacientes la espera hasta ser intervenidos dependen, entre otros aspectos, de las características del paciente, de la enfermedad (y su severidad) y del tiempo de espera. Solamente la limitación de las actividades cotidianas, la ansiedad y la valoración que los pacientes hacen de la espera han mostrado tener influencia en el tiempo máximo que a los pacientes les parece correcto esperar.

Los costos del tiempo de espera pueden incluir afectación de la calidad de vida (incluyendo la muerte como resultado extremo); la pérdida de utilidad de la demora (especialmente, si el tratamiento puede aliviar el dolor significativo o la discapacidad); un aumento en el costo de la cirugía (por exámenes preoperatorios vencidos, mayor cantidad de días de hospitalización pre quirúrgica, sin incluir los costos por la afectación de la calidad de vida); pérdida adicional de ingresos del trabajo, etc. Al respecto, Monge, *et. al.* (2014) señala que uno de cada cuatro pacientes en Canadá considera que el tiempo de espera es inaceptable; y uno de cada cinco reporta que sufrió consecuencias negativas por la espera, tales como estrés, ansiedad y dolor. Al mismo tiempo, indica que el efecto del tiempo de espera sobre el costo no es lineal, sino que sugiere una relación cuadrática. En los sistemas hospitalarios, los costos se maximizan en ambos extremos de tiempo, y existe una tendencia al uso ineficiente de

recursos si los tiempos de espera son cortos; mientras que, si son largos, los costos se maximizan por otros motivos tales como recargo de sistemas de emergencias y consecuencias negativas de la espera (biológicas y psicológicas y discapacidades temporales o permanentes). Díaz & Osada (2015) manifiestan que cuando el tiempo de espera para recibir la atención médica requerida sobrepasa los límites establecidos, las listas de espera incrementan los costos del sistema, aumentan el riesgo de complicaciones, prolongan o empeoran la enfermedad y retrasan la recuperación del paciente.

La importancia de la afectación de la calidad de vida por el tiempo de espera se hace evidente en los estudios actuales (Adam *et. al.* 2010; Pares *et. al.* 2013; Conner-Spady *et. al.* 2011; Monge *et. al.*, 2014). En su investigación, Hurst & Siciliani (2003), indicaban que, en la mayoría de los estudios revisados hasta ese año, hay poca evidencia de deterioro en la salud durante el tiempo de espera.

2.3.4.1. Tiempos de Espera Quirúrgicos en Países de la OCDE

Según el CEPLAN (2015), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), actualmente, está integrada por 34 países de distintas partes del mundo como América del Norte, América del Sur, Europa y Asia. Asimismo, la OCDE reúne gran parte de las economías más desarrolladas del mundo y países emergentes como México, Chile, China, India, Brasil y, próximamente, Colombia. De este modo, congrega a un conjunto de países que representan el 80% del comercio mundial y de las inversiones, lo cual le otorga un papel fundamental para hacer frente a los desafíos que enfrenta actualmente la economía mundial. El Perú está trabajando para ser admitido como miembro pleno de la OCDE, y ser parte de este foro que constituye un marco para que los gobiernos comparen experiencias de políticas, busquen respuestas a problemas comunes, identifiquen las buenas prácticas y coordinen políticas públicas nacionales e internacionales, incluida el área de la salud.

Hurst y Siciliani (2003) indican que, a lo largo de los años, muchos países de la OCDE han proporcionado información en línea sobre los tiempos de espera desglosados por procedimientos quirúrgicos, por hospitales y, a veces, a nivel de especialista, para

ayudar a la elección del consumidor. La calidad de las bases de datos administrativas ha aumentado con el tiempo, aunque la mayor dificultad radica en que hay muchas formas diferentes de medir los tiempos de espera, según la preferencia de cada país. Al respecto, MINSA Chile (2008) indica que es necesario que el método de registro y la formulación de estrategias, para resolver los tiempos de espera de atenciones, incorpore un cambio significativo desde un enfoque centrado en el “número de usuarios en espera” (lista de espera) hasta “tiempos de espera individuales”.

No se puede concluir que, si un país no controla el tiempo de espera, implique que los tiempos de espera no son un problema. La falta de monitoreo nacional en Francia, a menudo, se cita como prueba de que el país no tiene problemas de tiempo de espera. Sin embargo, las grandes diferencias regionales en cuanto a los servicios prestados y el número de médicos han dado lugar a inequidades en el acceso. Grecia sufre de largos tiempos de espera, y los pagos informales para “saltar la cola” son comunes. En Alemania, el debate ha girado en torno al hecho de que las personas que tienen un seguro privado tienen un acceso más rápido a la atención de la salud. En Austria, los investigadores han encontrado que los pacientes con seguro privado tienen acceso más rápido y han refutado la noción de que el país no tiene tiempos de espera. En los Estados Unidos de América, el acceso a la atención también varía con el estatus socioeconómico y el área geográfica (Hurst & Siciliani, 2003).

Según el BID (2016), para gestionar los tiempos de espera, los países de la OCDE han implementado diferentes estrategias; por ejemplo, algunos países han establecido sanciones económicas para que los prestadores cumplan con los tiempos de espera establecidos (Inglaterra); mientras que otros han implementado esquemas de incentivos entre los profesionales y los prestadores (Holanda). En la misma línea, Siciliani *et. al.* (2014) indica que Finlandia introdujo la Garantía Nacional de Cuidado de la Salud. Para el tratamiento quirúrgico electivo, la garantía fue de tres meses (con pocas excepciones), los hospitales que no cumplían estaban sujetos a multas.

La considerable reducción de los tiempos de espera en el Reino Unido puede explicarse por 1) un crecimiento sostenido del gasto en salud en la última década, y 2) el uso de objetivos de tiempo de espera; en este país, desde el año 2000 se introdujeron fuertes sanciones para los hospitales que no cumplieron los objetivos, los altos administradores sanitarios corrían el riesgo de perder sus empleos.

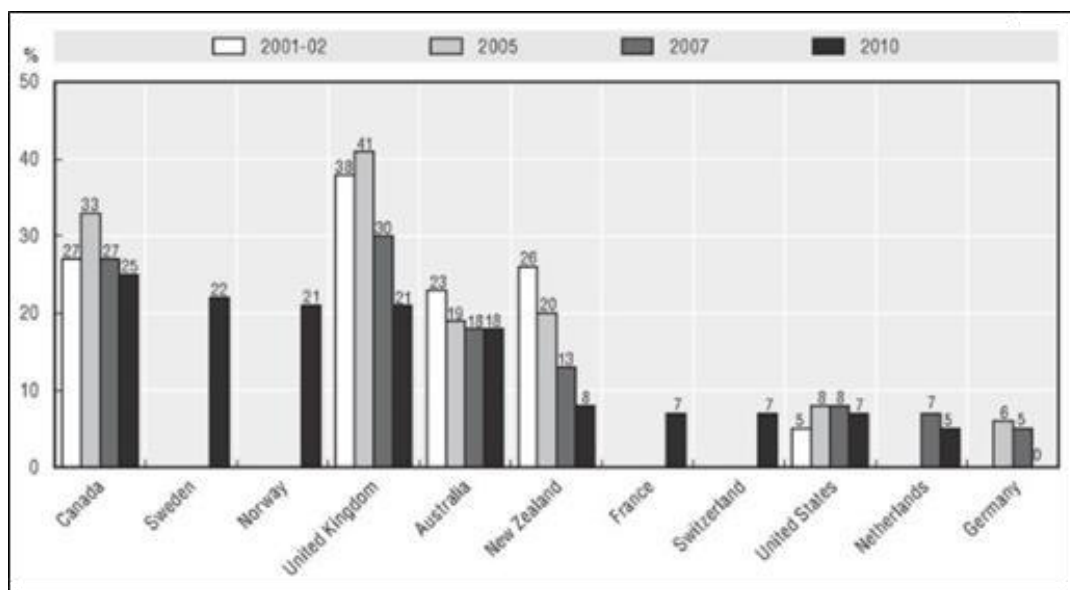
En los Países Bajos, las reducciones de los tiempos de espera entre 2000 y 2006 se lograron tras un cambio radical en el sistema de financiación hospitalaria que pasó de los presupuestos fijos a la financiación basada en actividades.

Una política clave en Dinamarca ha sido “libre elección” de proveedor de hospitales para los pacientes. El plan implica que, si el hospital puede prever que el tiempo máximo no puede cumplirse, entonces el paciente puede elegir otro hospital público o privado, dentro o fuera de Dinamarca. En el año 2002, la garantía máxima de tiempo de espera fue de dos meses. Esta garantía se redujo aún más a cuatro semanas en 2007. En Portugal, las reducciones de los tiempos de espera se obtuvieron a través de una serie de iniciativas políticas, que incluyeron un nuevo sistema integrado de información combinado con un sistema de cupones para pacientes que alcanzan el 75% del tiempo máximo de espera garantizado. En España, se han introducido varias iniciativas, principalmente, orientadas al lado de la oferta que incluyen ampliar las horas de trabajo del personal de salud, recursos adicionales y nuevos centros de cirugía ambulatoria.

Las medidas de tiempo de espera descritas anteriormente se refieren principalmente a bases de datos administrativas. Siciliani *et. al.* (2013) da un enfoque alternativo para evitar datos sesgados sobre los tiempos de espera a través del uso de encuestas de hogares. Se realizaron 4 encuestas entre los años 2001 y 2010 en varios países de la OCDE, recopilando una amplia gama de información, incluidos los tiempos de espera y cirugía electiva (Schoen *et. al.* (2010), en Siciliani *et. al.* (2013). Se formuló una pregunta para determinar el porcentaje de encuestados que esperaron cirugía electiva durante cuatro meses o más, los países que presentan menor tiempo de espera son Nueva Zelanda, Francia, Suiza, Estados Unidos, Holanda y Alemania. (Ver Figura 21).

El siguiente cuadro muestra el reporte de tiempos de espera para cirugía electiva de 12 países de la OCDE, que publican sus resultados para 2 de las patologías más prevalentes, y para cirugía electiva en general. El país que reporta un tiempo de espera más prolongado para cirugía electiva es Portugal, con 86 días, seguido por Irlanda y Noruega con 75 días, el país que reporta el menor tiempo de espera es Escocia, con 25 días (Ver Cuadro 5).

Figura 21. Tiempo de Espera de cuatro meses o más para Cirugía Electiva



Fuente. Siciliani *et. al.* (2013), basado en Schoen *et. al.* (2010)

Cuadro 5. Tiempos de Espera para Cirugía Electiva

País	* Parametro Tiempo de espera	Cirugia Electiva	Reemplazo total de cadera	Cirugia de Cataratas
	** Punto de partida para medición			
Suecia	* La mediana está dentro de este intervalo de tiempo	31-60 días	31-60 días	31-60 días
	** Decisión de tratar			
Inglaterra	* Mediana	35 días	78 días	18 días
	** Decisión de tratar			
Canada	* Mediana		42 hasta 178 días, dependiendo de la Provincia	2 hasta 88 días, dependiendo de la Provincia
	** Decisión de tratar			
Francia	* Mediana	33 días		66 días
	** Poco claro			
Países Bajos	* "Media" redondeado a semanas		49-56 días (sobre 7 semanas)	35-42 días (sobre 5 semanas)
	** Decisión de tratar			
Portugal	* Media	86 días (2.85 meses)		70 días (2.35 meses)
	** Decisión de tratar			
Dinamarca	* Mediana	38 días	58 días	112 días
	** Referencia recibida			
Noruega	* Media	75 días		
	** Referencia recibida			
Escocia	* Mediana	25 días		
	** Referencia emitida			

Continua...

Australia	* Mediana	34 días	100 días	84 días
	** Paciente en Lista de espera			
Irlanda	* Mediana	75 días (2.5 meses)	90 días (3 meses)	90 días (3 meses)
	** Paciente en Lista de espera			
España	* Media	61 días	86 días	60 días
	** Poco claro			

Fuente. Viberg et. al. (2013)

2.3.4.2. Iniciativas Políticas de Gestión de Tiempos de Espera

Como ya se mencionó, los tiempos y listas de espera son característicos de sistemas de salud de carácter público; en sistemas de carácter privado, no existen listas ni tiempos de espera explícitos, sin embargo, se observan listas y tiempos de espera implícitos ocasionados por las barreras de acceso financieras (Arce, 2003).

Los programas y proyectos tradicionales (más dinero, apertura de nuevos servicios, utilización de jornada extraordinaria, etc.) han predominado hasta la actualidad. Sin embargo, debido a su fracaso relativo se introducen nuevas variantes.

En el siguiente cuadro, hay un listado de las políticas y programas de gestión de tiempos de espera para una selección de países de la OCDE. El listado describe, de manera general, el tipo de mecanismo y las estrategias centrales utilizadas para hacer que se cumplan los tiempos máximos establecidos para el acceso efectivo al servicio.

Cuadro 6. Lista de Políticas y Programas de Gestión de Lista de Espera

PAIS	DESCRIPCION DEL MECANISMO DE REGULACION DE TIEMPOS DE ESPERA
CANADA	Existe una clasificación y herramientas de prioridad por patología que modera la demanda por cuidados sanitarios y garantiza que los recursos disponibles sean usados en forma más apropiada
FINLANDIA	Se presentan tiempos de espera diferenciales de acuerdo a los procedimientos en salud. No existen sanciones económicas, pero se implementan incentivos a profesionales y prestadores, lo cual implica gastos adicionales para el sistema.

Continúa...

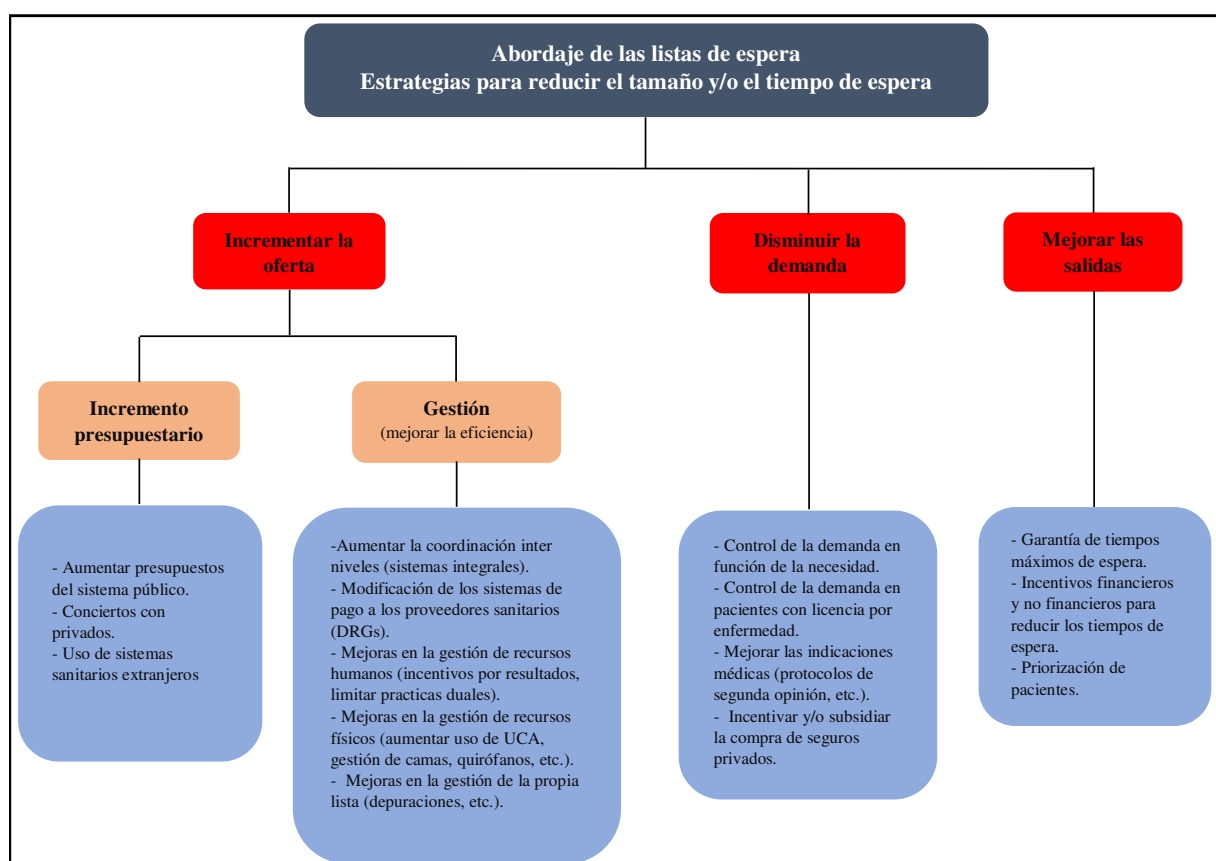
FINLANDIA	<p>De acuerdo con la legislación establecida en el año 2005, que establece condiciones uniformes para todo el país, a los pacientes debe asegurarse el contacto inmediato con el centro de salud, y su necesidad en En el caso de la hospitalización, la responsabilidad en la asignación es de aproximadamente tres semanas una vez que se realiza la referencia.</p> <p>En ultima instancia, cualquier necesidad en salud debe ser cubierta en un maximo de tres meses y, para algunos casos, en un maximo de seis meses.</p> <p>Existe una institución que tiene la tarea de gestionar y coordinar que se cumplan estas condiciones, y puede imponer multas por incumplimiento en los tiempos de espera establecidos.</p>
DINAMARCA	<p>Desde la década de los noventa se han planteado mecanismos para realizar un monitoreo sistematico de los tiempos de espera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo de espera previsto, que esta definido por la junta nacional de salud como el tiempo maximo en el cual un paciente promedio sin complicaciones tiene que esperar la referencia de un médico general a un especialista para comenzar su tratamiento en un hospital. 2. Libre elección de los establecimientos de salud, que incluye tanto hospitales privados como publicos. Este esquema implica que, si un paciente referido evidencia que los tiempos de espera no se cumplen, puede optar por escoger otro prestador publico o privado con cargo a los recursos publicos. Esta elección es posible tanto dentro como fuera de Dinamarca (dentro de la asociación de regiones Danesas). <p>No se identificaron sanciones, pero el segundo mecanismo explicado ayuda a controlar el cumplimiento de los tiempos de espera por parte de los prestadores.</p>
INGLATERRA	<p>Se establecen tiempos maximos de espera por rangos para cada tratamiento especifico (por ejem. 31 días de espera despues del diagnostico para una cirugía de cáncer).</p> <p>Existe una politica de regulación de la referncia al tratamiento, que define el tiempo de espera desde la referencia de un médico general hasta el inicio de un tratamiento con un especialista.</p> <p>El NHS puede establecer sanciones económicas a quien incumpla con los tiempos establecidos.</p>
NORUEGA	<p>La regulación de los tiempos de espera es una mezcla de priorización basada en la urgencia médica y la rentabilidad del tratamiento. Para aquellos casos que se cataloguen con tratamiento electivos, se definen tiempos de espera de acuerdo al grado de severidad, la eficacia esperada del tratamiento y el costo en función del resultado esperado del tratamiento</p> <p>Existe un esquema de preiorización mediante el cual se evalúa la necesidad de los servicios requeridos por los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un maximo de seis meses de tiempo de espera para el contacto con el primer especialista • A todos los pacientes con una necesidad de salud, que puede ser satisfecha con los recursos disponibles, se les realiza la cirugía dentro de los seis meses posteriores a su evaluación. <p>Estos parámetros estan acompañados por: (1) exigencias para asegurar que el nivel de servicios provistos con fondos publicos sea suficiente para garantizar el acceso a una cirugía electiva antes de una reacción no adecuada por parte del paciente (angustia, enfermedad o discapacidad), y (2) medidas que buscan la equidad nacional en el acceso a procedimientos electivos.</p>
PORTUGAL	<p>Existe una Lista de Espera Nacional de Cirugía que contiene herramientas para priorizar y que se desarrolló a partir de los registros de los sistemas de información de los prestadores loocales (Anualmente Portugal genera un reporte donde se publican los indicadores agregados de media y mediana de los tiempos de espera para cirugía), La lista incluye los incrementos de demanda de intervenciones quirurgicas, la definición de la capacidad instalada y la eficiencia del sistema de salud.</p> <p>En la lista de espera están definidos los niveles de prioridad de acuerdo a la severidad de la condición clínica del paciente, los beneficios del tratamiento para el paciente y sus condiciones sociales. Adicionalmente, este sistema le informa al paciente el estado de su procedimiento y una fecha prevista de intervención.</p>

Fuente. Elaboración propia, a partir de BID (2016)

En la siguiente figura, se puede observar las estrategias dirigidas al abordaje de listas y/o tiempos de espera. Estas se refieren al incremento de la oferta a través de medidas de mejoras en la gestión, que permiten aumentar el rendimiento y la productividad, o bien aquellas otras dirigidas a disminuir la demanda. Finalmente, se añaden actuaciones dirigidas a incrementar las salidas, mediante criterios de priorización o

con el establecimiento de tiempos máximos. Las políticas combinadas son las que han permitido obtener los mejores resultados con respecto a tiempos de espera, especialmente, las sanciones económicas cuando no se cumplen los tiempos de espera establecidos para cirugía electiva (Cañizares & Santos, 2011).

Figura 22. Abordaje de las Listas de Espera



Fuente. Cañizares & Santos (2011)

2.3.4.3. Lista de Espera en el HNERM

A partir del mes de octubre del año 2017, la Gerencia Quirúrgica del HNERM implementa el “Portal Web Lista de Espera Quirúrgica”, que es un sistema informático en red que actualiza permanentemente la lista de espera, a partir del reporte de datos de los pacientes que han completado los exámenes preoperatorios, elaborado por los

Cuadro 7. Promedio de Tiempo de Espera Quirúrgico en días en el HNERM (2016)

COD. SER.	SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROMEDIO
B62	NEURO-TRAUMATOLOGIA	576	589	550	555	489	432	354	232	171	157	128	125	363
E11	ODONTOLOGIA	330	358	380	412	394	327	368	345	375	397	136	167	333
B91	OTORRINOLARINGOLOGIA	278	280	299	319	353	297	303	328	320	347	275	215	301
B81	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	323	328	304	242	228	213	225	243	246	254	293	247	262
B11	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	383	411	348	304	229	226	221	206	183	192	203	219	260
D13	CIRUGIA PEDIATRICA	364	393	374	309	265	165	175	180	186	201	173	178	247
B31	CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR	313	342	218	234	265	132	157	156	189	207	228	232	223
C12	GINECOLOGIA	319	305	310	156	172	193	142	98	108	136	153	173	189
BA1	UROLOGIA	202	211	191	197	205	173	166	138	145	147	150	143	173
B51	CIRUGIA PLASTICA, QUEMADOS Y REPARADORA	113	85	131	173	209	153	167	106	137	121	137	87	135
AG2	ONCOLOGIA GINECOLOGICA Y MAMARIA	60	67	85	103	122	117	124	134	140	166	104	95	110
B71	OFTALMOLOGIA	120	129	108	115	105	110	111	112	107	78	84	93	106
B41	CIRUGIA GENERAL	110	112	114	60	82	43	35	39	47	33	37	37	63
PROMEDIO		269	278	263	245	240	198	196	178	181	187	162	155	213

Fuente. Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), a partir de reporte de Gerencia Quirúrgica del HNERM (2017)

servicios incluidos en la Gerencia Quirúrgica desde el mes de enero del año 2015 hasta la fecha. Es necesario aclarar que en nuestro estudio el tiempo de espera se mide a partir de la decisión de tratamiento (antes de pedirle sus exámenes preoperatorios).

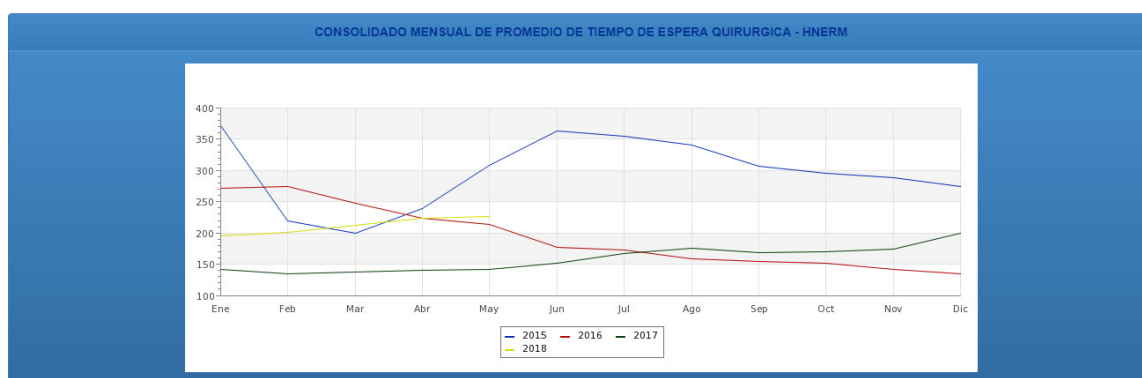
En el consolidado del año 2016 (ver Cuadro 7) el servicio de Odontostomatología ya aparece como uno de los servicios con mayor tiempo de espera con 333 días, debajo de Neurotraumatología con 363 días.

El consolidado mensual de promedio de tiempo de espera quirúrgica del HNERM (para pacientes de cirugía electiva) a mayo del 2018 (ver figura 23), demuestra que el tiempo de espera durante este mes es de 227 días, el cual ha disminuido considerablemente si se compara con el mes de enero del 2015 con 372 días; pero ha aumentado si se compara con el mes de mayo del año 2017 que llegó a 141 días.

Con respecto al número de pacientes en espera quirúrgica del HNERM, al mes de mayo del 2018 (ver figura 24) la lista de espera es de 3,999 pacientes. Este número constituye el pico máximo de pacientes en espera desde el mes de enero del año 2015. Es preocupante el aumento progresivo de pacientes, a medida que avanzan los meses, desde marzo del año 2015 (1,360 pacientes) que, a su vez, es el mes en que se observó el menor número de pacientes en lista de espera.

Figura 23. Consolidado mensual de promedio de Tiempo de Espera Quirúrgica

CONSOLIDADO MENSUAL DE PROMEDIO DE TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICA - HNERM												
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2015	372	220	199	239	308	363	355	341	307	296	289	274
2016	272	274	247	224	213	177	173	159	155	151	141	135
2017	142	134	138	140	141	152	167	176	168	170	174	199
2018	196	201	212	224	227							

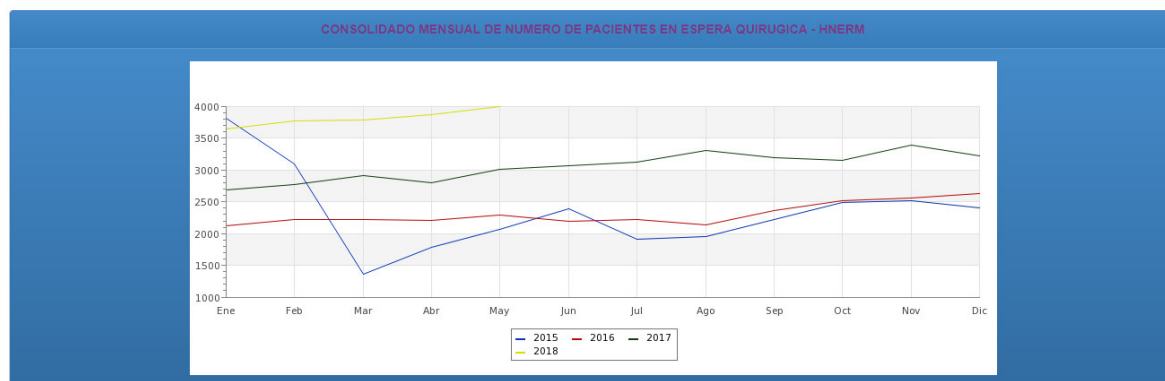


Fuente. Gerencia Quirúrgica HNERM (2018). Portal Web Lista de Oportunidad Quirúrgica

Figura 24. Consolidado mensual de número de Pacientes en Espera Quirúrgica

CONSOLIDADO POR TIEMPO DE ESPERA (DÍAS) CONSOLIDADO POR NUMERO DE PACIENTES

CONSOLIDADO MENSUAL DE NUMERO DE PACIENTES EN ESPERA QUIRURGICA - HNERM												
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2015	3822	3099	1360	1789	2061	2384	1910	1950	2226	2496	2515	2405
2016	2128	2221	2224	2204	2286	2200	2225	2135	2369	2514	2560	2635
2017	2687	2777	2914	2796	3018	3070	3130	3314	3193	3148	3395	3226
2018	3646	3778	3786	3871	3999							



Fuente. Gerencia Quirúrgica HNERM (2018). Portal Web Lista de Oportunidad Quirúrgica

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de diseño no experimental, debido a que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural sin realizar manipulación de las variables; además de ser un diseño de investigación transeccional o transversal, ya que recolectamos los datos en un solo momento, en un tiempo único.

Asimismo, es de diseño correlacional-causal, teniendo como finalidad “describir relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto” (Hernández, *et. al.* 2014).

3.1.1. Variables de Estudio

Las principales variables de este estudio son las siguientes (ver Anexo 3):

Calidad de Atención. En este estudio se usa la definición de calidad de Parasuraman, Berry y Zeithaml, creadores de la escala SERVQUAL (Zeithaml *et. al.*, 2008), los cuales creen que se alcanza la calidad al satisfacer las expectativas del usuario, usando

como estándar de comparación las percepciones, según el modelo de desconfirmación de expectativas (Anderson, 1973; Oliver, 1980), se considera como satisfacción cuando las percepciones igualan o superan las expectativas, e insatisfacción, cuando las expectativas son mayores que las percepciones.

Tiempo de Espera. Tiempo que transcurre entre la decisión del tratamiento y la atención quirúrgica en sala de operaciones. Para este trabajo de investigación se estableció como parámetro de medición un tiempo de espera superior o inferior a 180 días, para estudiar el efecto de la demora de la intervención quirúrgica. En algunos estudios para determinar este valor se usa la media del tiempo en la lista de espera de todos los pacientes (Parés *et. al.*, 2013); en este trabajo no se puede usar este criterio, porque en el servicio de Odontología del HNERM la lista de espera no se llena adecuadamente.

No hay consenso internacional sobre lo que representa una espera “excesiva”, varios países de la OCDE han fijado metas de tres a seis meses (Cisneros, 2010); además, Bernardini *et. al.* (2008), en su estudio sobre el tiempo de espera “ideal” expresado por casi el 56% de la muestra, opina que no debe ser mayor de 30 días, y si se toma al 75% de la muestra, este período podría ser aceptable hasta los 90 días. En nuestro medio no se han encontrado este tipo de encuestas.

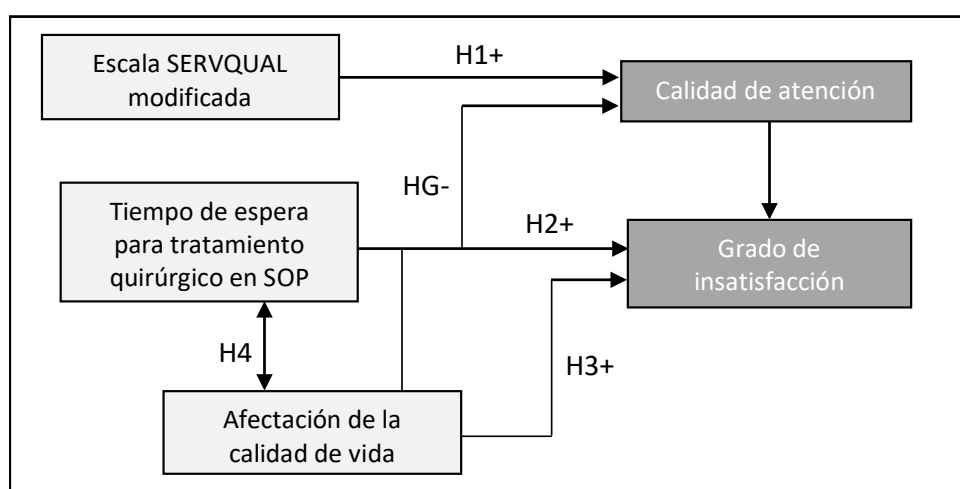
Por lo tanto, considerando que el promedio del tiempo de espera quirúrgico del servicio de Odontología del año 2016 es de 333 días (SGH, 2017), se decidió usar como parámetro de medición para este estudio 180 días (a pesar que la meta institucional es de 45 días (Directiva GG-EsSalud, 2015).

Afectación de Calidad de Vida. Para este estudio, esta variable se define como: afectación percibida por el paciente (o familiares) durante el tiempo de espera, debido a síntomas clínicos de la enfermedad (infecciones, dolor, inflamación, etc.), por la que se tenía que intervenir quirúrgicamente (Pares *et. al.* 2013).

3.1.2. Estrategia

- La hipótesis general (HG): “Existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención...”, se contrastará según resultados de la encuesta SERVQUAL modificada y encuesta sobre tiempo de espera.
- La hipótesis específica uno (H1): “Todas las dimensiones de la escala SERVQUAL modificada impactan en la evaluación de la calidad de atención...”, se contrastará según resultados de la encuesta SERVQUAL modificada.
- La hipótesis específica dos (H2): “El tiempo de espera superior a 180 días se relaciona con insatisfacción en los pacientes... que fueron intervenidos en sala de operaciones...”, se contrastará según el resultado del grado de insatisfacción de la encuesta SERVQUAL y encuesta sobre tiempo de espera.
- La hipótesis específica tres (H3): “La afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes... que fueron intervenidos en sala de operaciones...”, se contrastará según el resultado del grado de insatisfacción de la encuesta SERVQUAL y encuesta sobre afectación de la calidad de vida.
- La hipótesis específica cuatro (H4): “La afectación de la calidad de vida ejerce mayor influencia que el tiempo de espera superior a 180 días sobre el grado de insatisfacción en los pacientes...”, se contrastará según resultados de la correlación entre ambas variables.

Figura 25. Correlación de las Variables de Investigación



Fuente. Elaboración propia

Los resultados de la encuesta SERVQUAL modificada permitieron determinar la satisfacción global (grado de satisfacción e insatisfacción); a partir de estos datos se pudo correlacionar las variables tiempo de espera (superior e inferior a 180 días) y afectación (o no afectación) de la calidad de vida de la población estudiada.

Por último, se correlacionaron las variables predictoras de insatisfacción: tiempo de espera y afectación de la calidad de vida.

Para realizar el análisis de la percepción de calidad de atención se usó la escala SERVQUAL modificada, con ayuda de la *Matriz de Mejora*, la cual fue elaborada para estandarizar la evaluación de la calidad del servicio brindado a los usuarios externos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del sector Salud (MINSa, 2012; Ortiz, 2014).

Esta matriz es una importante herramienta que permite definir inmediatamente, mediante la identificación de colores que ítems de la calidad de atención producen mayor grado de insatisfacción. De los resultados obtenidos, se ordena y prioriza las preguntas por colores (Baremación): color rojo (por mejorar), estos ítems serán considerados como prioritarios para implementar acciones de mejora o formular proyectos de mejora continua; color verde (en proceso), requieren algunas acciones correctivas; y color amarillo (aceptable), hay que mantenerlos.

Cuadro 8. Baremación Matriz de Mejora.

Insatisfacción:	> 60%	Por Mejorar
	40 – 60%	En Proceso
	< 40%	Aceptable

Fuente. Minsa (2012) Guía técnica para la evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo

3.2. Población de Estudio

3.2.1. Unidad de Análisis

La población de estudio serán los pacientes (o familiares de estos) del servicio de Odontología del HNERM, que fueron intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016, que comprende en total 154 pacientes.

3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes (o familiares de estos) que fueron intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.
- Pacientes (o familiares de estos) que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no fueron intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones durante el año 2016.
- Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en consultorio externo de Odontología.
- Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones bajo la modalidad de paciente de emergencia u hospitalizado por otro servicio (no fueron referidos para el servicio de Odontología).

- Pacientes cuya intervención quirúrgica en sala de operaciones fue suspendida por algún motivo.
- Pacientes que no puedan ser contactados para invitarlos a participar en el estudio.

3.2.3. Población de Estudio

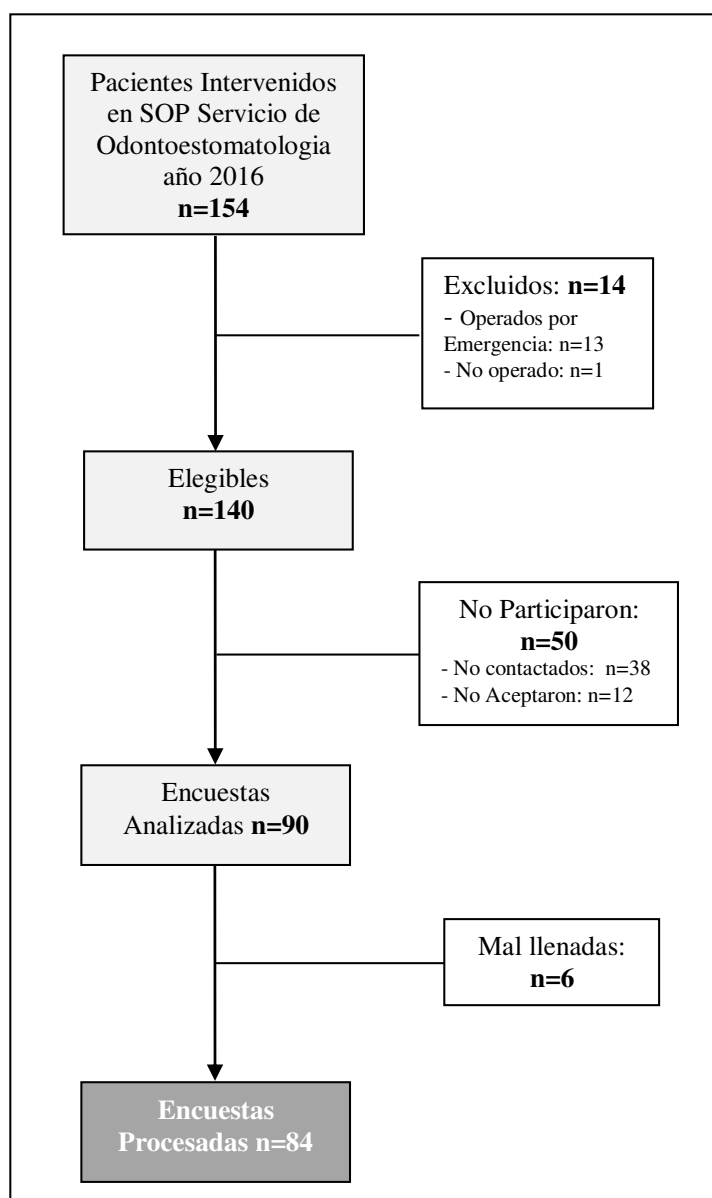
Debido a que el año 2016, en el servicio de Odontoestomatología del HNERM solo fueron intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones 154 pacientes. Se usará la totalidad del Universo que comprenda los criterios de inclusión, por lo tanto, en este estudio no se tomó una muestra.

Se revisó las historias clínicas de los 154 pacientes que según la estadística del SGH fueron intervenidos en SOP por el servicio de Odontoestomatología el año 2016, uno de estos pacientes ingresó a SOP; pero su cirugía fue suspendida por el Anestesiólogo por presencia de secreciones; además, 13 pacientes no fueron operados bajo la modalidad de cirugía electiva, entraron por emergencia o fueron pacientes sistémicamente comprometidos, hospitalizados por otros servicios (ver Figura 26).

La Oficina de Referencias y Contrarreferencias del HNERM proporcionó los datos de los 140 pacientes (o familiares) que cumplieron con los criterios de inclusión, de estos, no participaron 50 (de los cuales, 38 no tenían teléfono o el teléfono proporcionado estaba inactivo, o eran pacientes que radicaban en provincias y que manifestaron que no viajarían a Lima durante el periodo de recolección de la información; y los 12 restantes, a pesar de ser contactados vía telefónica no aceptaron participar en el estudio).

Al final se analizaron 90 encuestas, las cuales fueron llenadas en algunos casos en los hogares de los pacientes, o se aprovechó alguna cita pendiente que tenían en otro servicio del HNERM; al hacer un análisis se determinó que seis de estas estaban mal llenadas y fueron excluidas de estudio.

Figura 26. Flujo de participantes en el estudio



Fuente. Elaboración propia

En conclusión, de los 140 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, obtuvimos respuesta de 90 pacientes (tasa de respuesta de 64%); de estos, seis encuestas tenían los datos incompletos, por lo que fueron excluidos; de esta manera, se analizaron los datos de 84 pacientes (o familiares).

3.3. Recolección de Datos

3.3.1. Instrumento de Medición

Para analizar la correlación entre las variables dependientes e independientes y determinar el grado de satisfacción del encuestado, se aplicó la encuesta SERVQUAL modificada, siguiendo los lineamientos de la Universidad TecVirtual (2012), adecuándolo al perfil de los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología, y eliminando preguntas que se consideraron redundantes.

Con estas consideraciones, quedó terminado el instrumento, el cual consta de un cuestionario de 53 preguntas cerradas (ver Anexo 2). La estructura de la encuesta se dividió en tres partes:

- Primera parte: datos generales del encuestado
- Segunda parte: se elaboró tomando como base la estructura de la encuesta SERVQUAL original, con cinco dimensiones de la calidad, distribuidas en 17 preguntas de percepciones y expectativas, que define la calidad de atención como la brecha o diferencia (P-E), entre las percepciones (P), y expectativas (E) de los usuarios, para la calificación de estas se utilizó la escala de Lickert del uno al cinco; considerando uno sin ninguna importancia y cinco totalmente importante para las expectativas, y uno en total desacuerdo y cinco totalmente de acuerdo para las percepciones.
- Tercera parte: se consideraron preguntas relacionadas al tiempo de espera para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones en días, afectación de la calidad de vida y etapas del proceso de atención.

Cuadro 9. Distribución de las preguntas en la encuesta

Variables	Dimensión	Preguntas
Datos Generales del Encuestado		1,1a,2,3,4,5,5a,6,7,8,8a,9,9a,10
Escala Servqual (P-E)	Aspectos Tangibles	28-11,29-12,30-13,31-14,35-18
	Fiabilidad	32-15,33-16,34-17,40-23
	Capacidad de Respuesta	36-19,37-20
	Seguridad	38-21,39-22,42-25
	Empatía	41-24,43-26,44-27
Afectación de la Calidad de Vida		45,46,46a
Tiempo de Espera		47,48

Fuente. Elaboración propia

3.3.2. Validez del Instrumento

Para saber si el instrumento que se ha elaborado es válido, se procedió a identificar su validez de contenido a través del juicio de expertos con demostrada capacidad y experiencia en el tema para calificar la pertinencia y claridad de las preguntas, por lo que el instrumento fue revisado por tres docentes con grado de doctor de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNMSM. La evaluación que realizaron los jurados evidencia que el instrumento es válido, puesto que indicaron en el informe que la mayoría de criterios cumple con los objetivos de la investigación. Las fichas de validez de contenido se adjuntan en los anexos de la presente tesis.

Además, la escala SERVQUAL modificada, fue validado en nuestro medio mediante un trabajo de investigación realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Cabello & Chirinos, 2012).

En base a las sugerencias y aportes de los jueces se realizaron los reajustes correspondientes. Un mes antes de iniciar la encuesta se realizó una prueba piloto a 15 pacientes o familiares de estos (entre el 12 de mayo y el 9 de junio del año 2017), a la semana siguiente de haber ingresado a SOP, lo que permitió identificar problemas

de interpretación con respecto a cada pregunta del instrumento; la observación más significativa fue la dificultad para priorizar, o jerarquizar según orden del uno al cinco los tiempos de espera, según subproceso de atención (pregunta 47), por lo que se tuvo que modificar para facilitar la respuesta. También se agregó un texto explicativo, previo a la toma de respuestas de las preguntas correspondientes a las expectativas y otro texto explicativo previo al inicio del cuestionario de percepciones con la finalidad de darle un mejor marco al entrevistado.

Con los detalles obtenidos, se realizó una última revisión y se vio por conveniente quitar o aumentar algunas preguntas, quedando finalmente el cuestionario con 53 preguntas cerradas.

El promedio de tiempo que tomó a los encuestados para llenar la encuesta piloto fue de 25 minutos.

3.3.3. Procesamiento y Análisis de los Datos

Al analizar las 84 encuestas, en tres de estas se observó que en la pregunta 09^a los encuestados registraron que eran “pensionistas”, este tipo de asegurados pertenecen al seguro regular, por lo que se corrigieron estas encuestas antes de ser procesadas.

La información obtenida se incorporó en una base de datos en el paquete estadístico SPSS statistics versión 22, utilizando la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes para el análisis univariado y bivariado. Para realizar el análisis bivariado, se usó la prueba estadística Chi cuadrado (X^2); el estudio de correlación entre variables se realizó con el test de Spearman (R) y el test de Regresión Logística. Estos coeficientes resumen la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables. El resultado se presenta con el coeficiente de correlación bivariada de Spearman y el test de Regresión Logística, con la significación estadística (p). Se estudió el control de efectos de confusión entre variables predictoras de insatisfacción mediante un análisis multivariable, utilizando el test de Regresión Logística.

Los resultados se presentan con el intervalo de confianza del 95%. Se consideró que las diferencias fueron estadísticamente significativas cuando el valor de $p < 0.05$.

3.4. Aspectos Éticos

Las encuestas se aplicaron a los pacientes o familiares de estos que expresaron su deseo de participar voluntariamente mediante un consentimiento informado (ver Anexo 1). Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos y se preservó la identidad de los participantes. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética del HNERM.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de Datos Generales del Encuestado

Los datos generales del encuestado se dividieron en dos grupos:

- Datos demográficos, en donde se consideran preguntas sobre género, edad y grado e instrucción del encuestado.
- Datos socioeconómicos, en donde se consideraron preguntas acerca de relación del encuestado con el paciente, ocupación del encuestado, ingreso familiar mensual, zona de residencia, lugar de residencia, tipo de seguro y medio de transporte para llegar al hospital.

El consolidado de los datos generales del encuestado se pueden observar en el Cuadro 10.

4.1.1. Datos Generales Demográficos

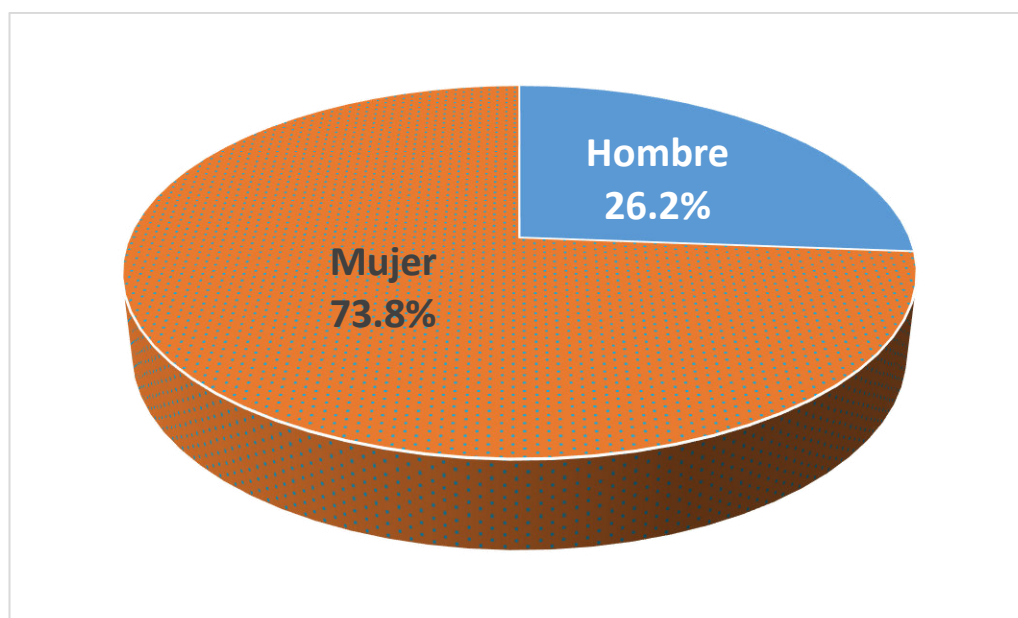
De las 84 personas encuestadas, el 73.8% corresponden al género femenino; y el 26.2% al género masculino. El motivo por el cual la proporción de las mujeres, con respecto a los hombres, es de casi 3:1 se explica porque la mayoría de pacientes intervenidos,

por el servicio de Odontoestomatología, son niños y las personas responsables de acompañarlos en su preparación para sala de operaciones, y que responden la encuesta generalmente son sus madres (ver Figura 27).

Con respecto a la edad de los encuestados, la media es de 43 años; el 29.8% se encuentran en el rango de 31 a 40 años, seguido por los de 41 a 50 años con 28.6%. El grupo de encuestados que se encuentra en el rango de 81 a 90 años fueron los que respondieron la menor cantidad de encuestas, con 1.2% (ver Figura 28).

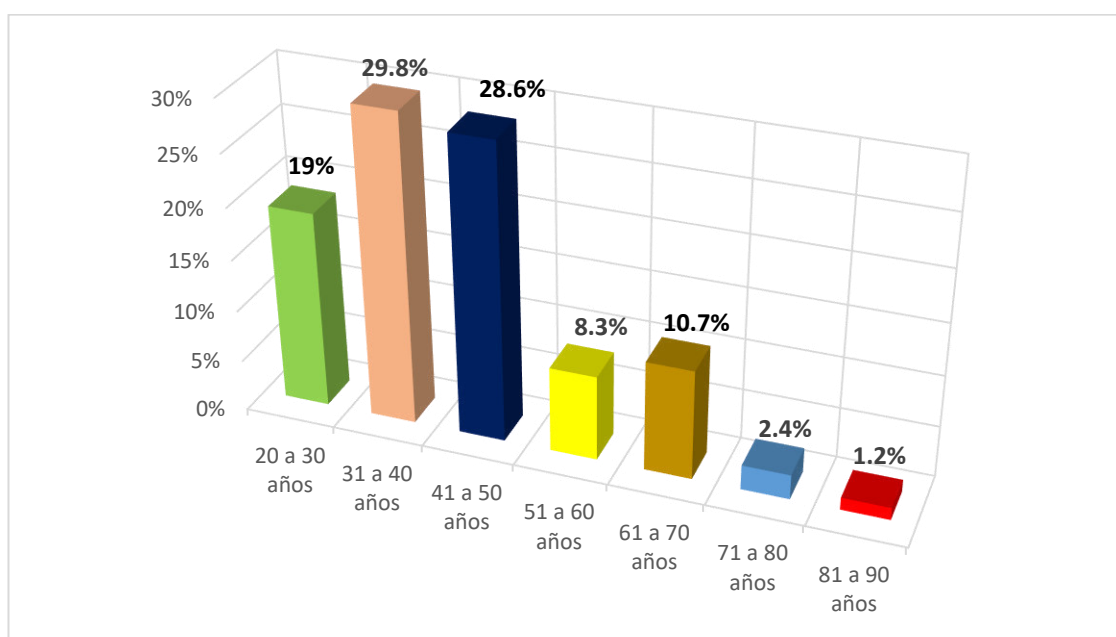
En relación al grado de instrucción del encuestado, el 33.3% pertenece al grupo de quienes tienen estudios en el nivel superior técnica completa, seguido por superior técnico incompleto y secundaria completa, ambos con 17.9%. Los encuestados con estudios universitarios completos correspondieron al 14.3%, y el grupo de encuestados con menor porcentaje, en relación al grado de instrucción, tuvieron primaria completa, primaria incompleta, y analfabetos, todos con 1.2%. (ver Figura 29).

Figura 27. Género de los Encuestados



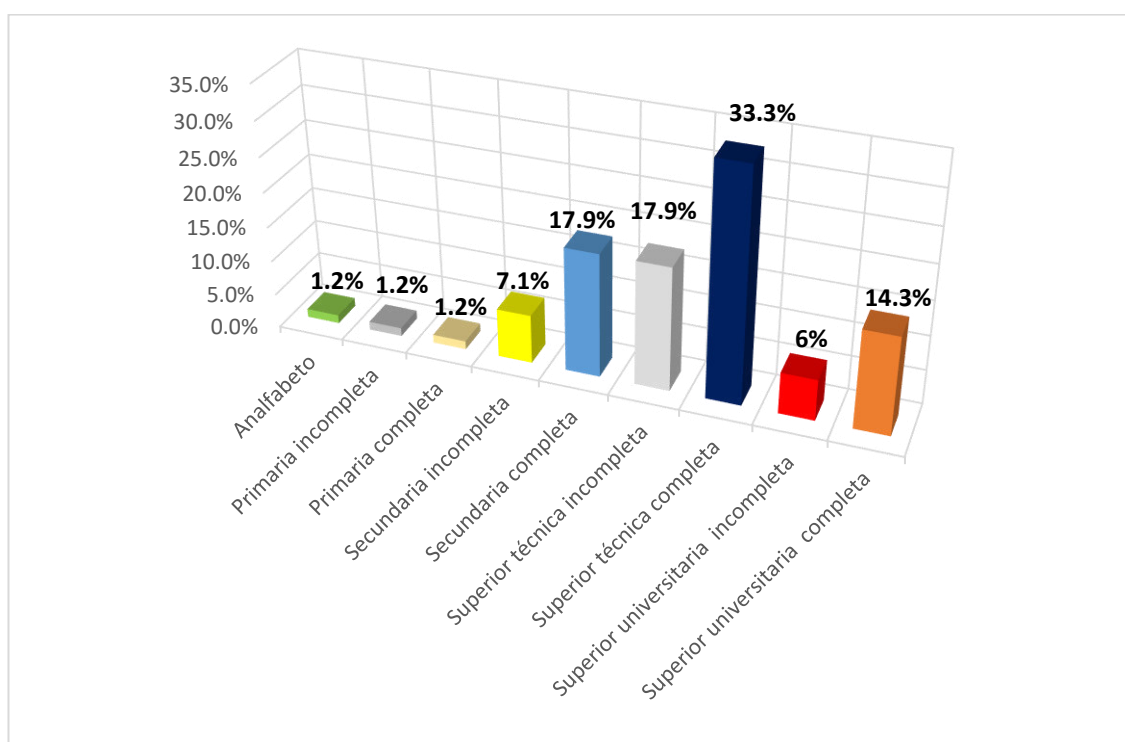
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 28. Edad de los Encuestados



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 29. Grado de Instrucción



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Cuadro 10. Datos Generales Demográficos

		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	22	26.2
	Mujer	62	73.8
Edad	20 a 30 años	16	19.0
	31 a 40 años	25	29.8
	41 a 50 años	24	28.6
	51 a 60 años	7	8.3
	61 a 70 años	9	10.7
	71 a 80 años	2	2.4
	81 a 90 años	1	1.2
Grado de instrucción	Analfabeto	1	1.2
	Primaria incompleta	1	1.2
	Primaria completa	1	1.2
	Secundaria incompleta	6	7.1
	Secundaria completa	15	17.9
	Superior técnica incompleta	15	17.9
	Superior técnica completa	28	33.3
	Superior universitaria incompleta	5	6.0
	Superior universitaria completa	12	14.3

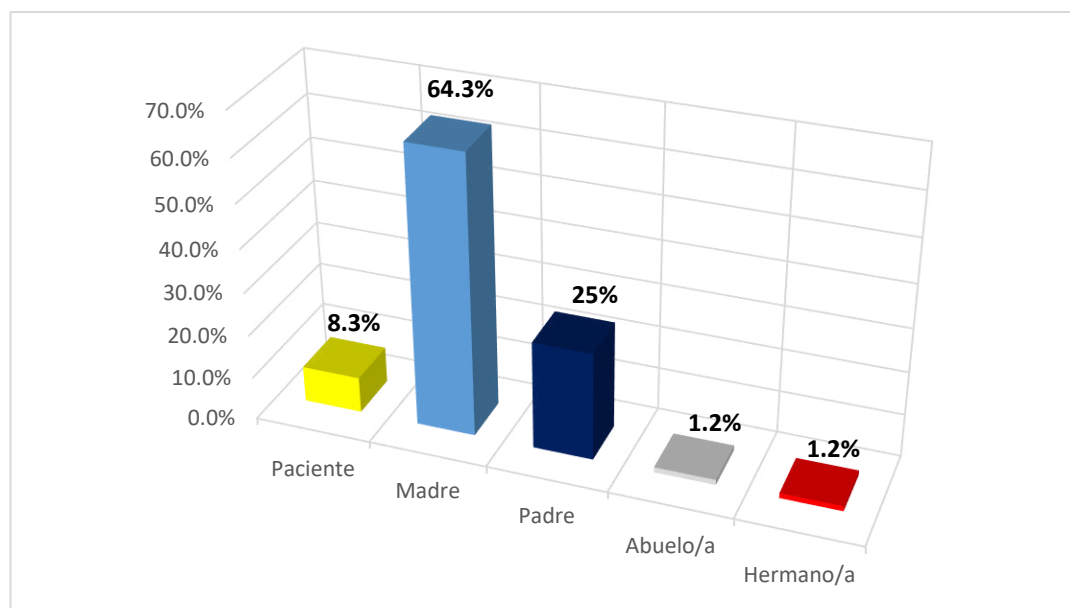
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.1.2. Datos Generales Socioeconómicos

El consolidado de los datos generales socioeconómicos se detalla en el Cuadro 11. Con respecto a la pregunta acerca de la relación del encuestado con el/la paciente, se observa que el 64.3% fue la madre, como ya dijimos debido a que la mayoría de pacientes intervenidos son menores de edad, generalmente, acompañados de sus madres; en segundo lugar, está el padre con 25%; los pacientes que respondieron las encuestas corresponden al 8.3%; y, por último, el grupo de abuelos/as y otros (hermanos/as) solo corresponden al 1.2% (ver Figura 30).

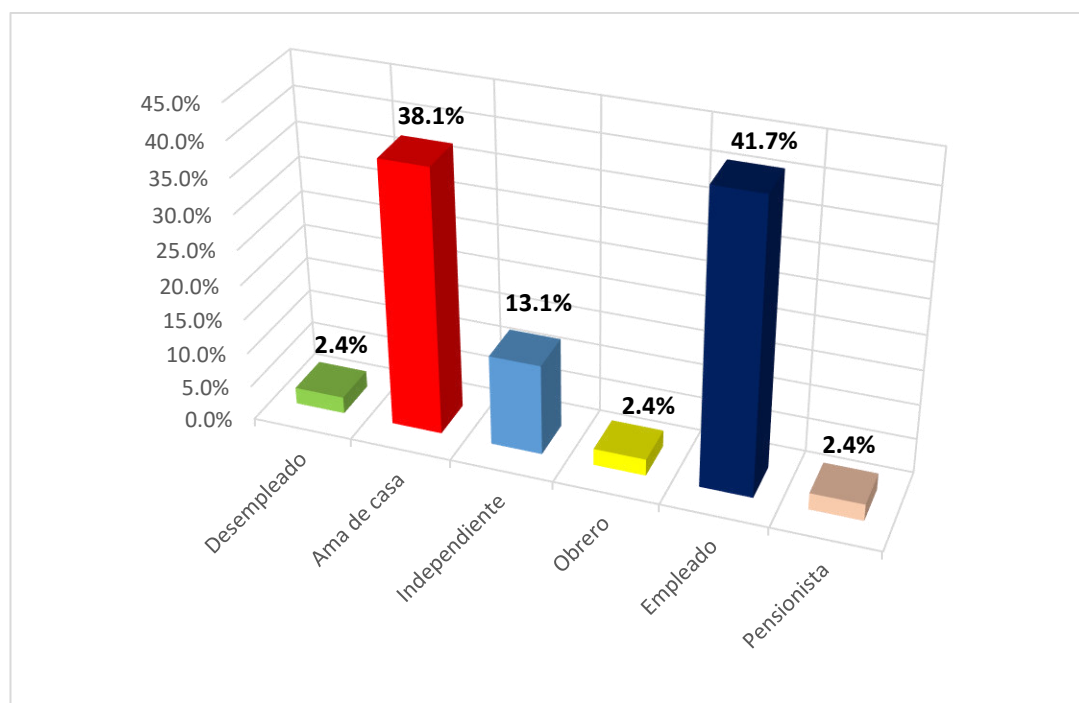
En la pregunta acerca de la ocupación del encuestado, se observa que el 41.7% de la población estudiada estuvo compuesta de empleados, el 38.1% de amas de casa, el 13.1% indicaron que eran independientes, y el 2.4% manifestaron que eran obreros, pensionistas y desempleados, respectivamente (ver Figura 31).

Figura 30. Relación del Encuestado con el Paciente



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 31. Ocupación del Encuestado



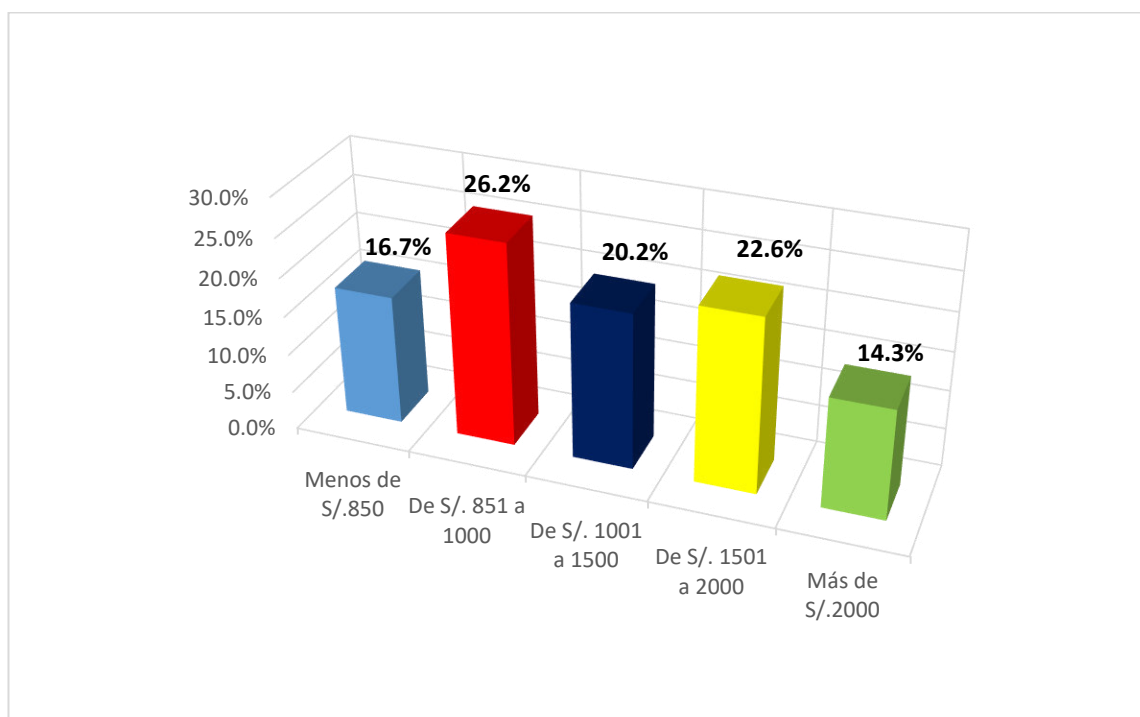
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Con respecto al ingreso familiar mensual, se observa que el 26.2% de la población estudiada tiene un ingreso mensual entre S/. 851 y S/. 1,000; el 22.6% entre S/. 1501 y S/. 2,000; la población menos numerosa (14.3%) refiere que tiene ingresos por encima de S/. 2,000. (Ver figura 32).

En cuanto a la zona de residencia, el 78.6% respondieron que vivían en zona urbana; el 13.1% en zona rural y el 8.3% en zona urbano marginal. (Ver Figura 33).

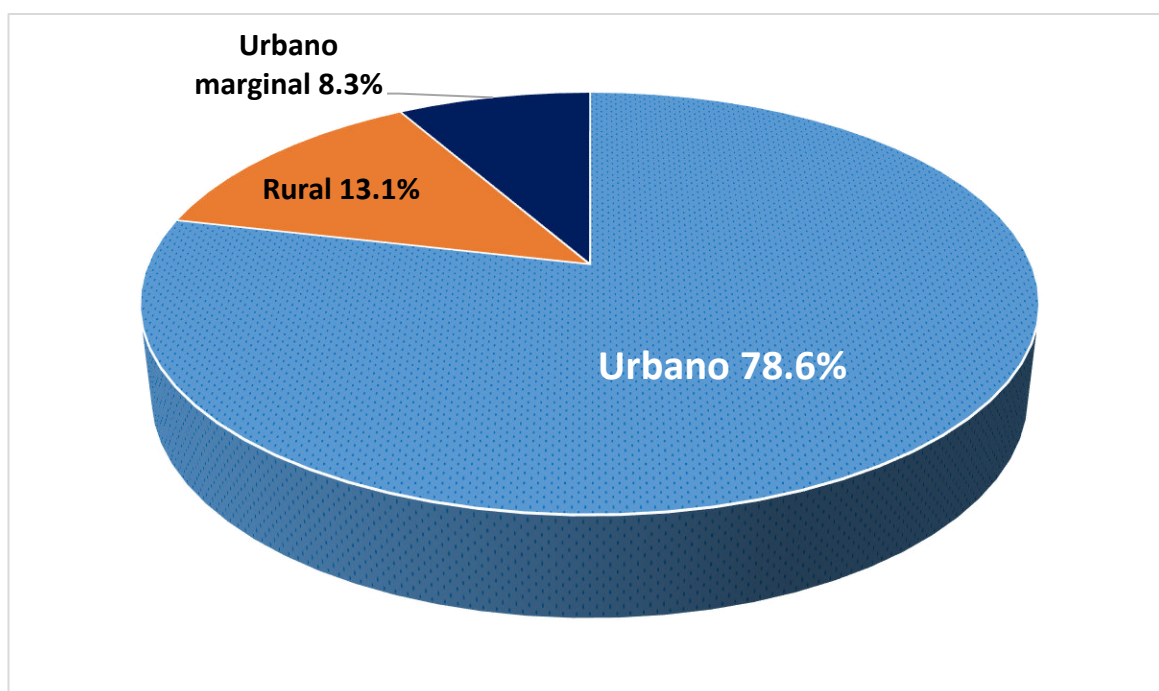
Cuando se interrogo a los pacientes acerca de su lugar de residencia, el 85.7% manifestaron que residían en Lima y el 14.3% restante que residían en otro lugar (Callao, Ica, Huaraz, Pisco, Chincha, etc.). Ver Figura 34.

Figura 32. Ingreso familiar mensual



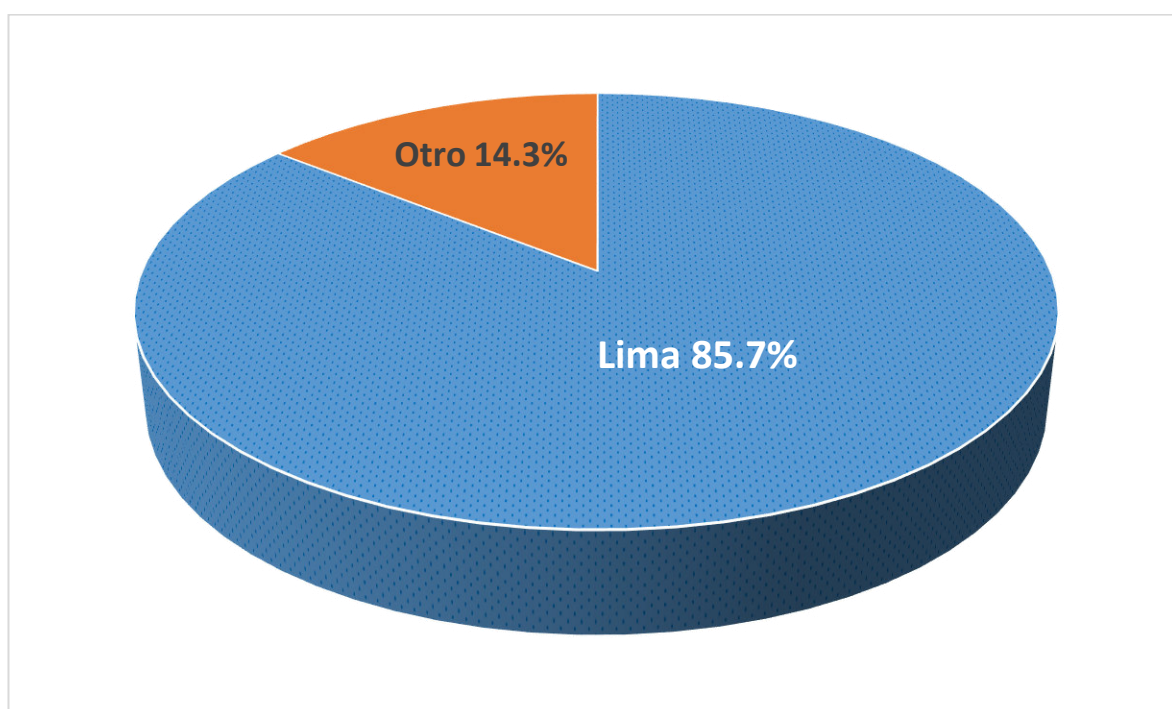
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 33. Zona de residencia



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 34. Lugar de residencia

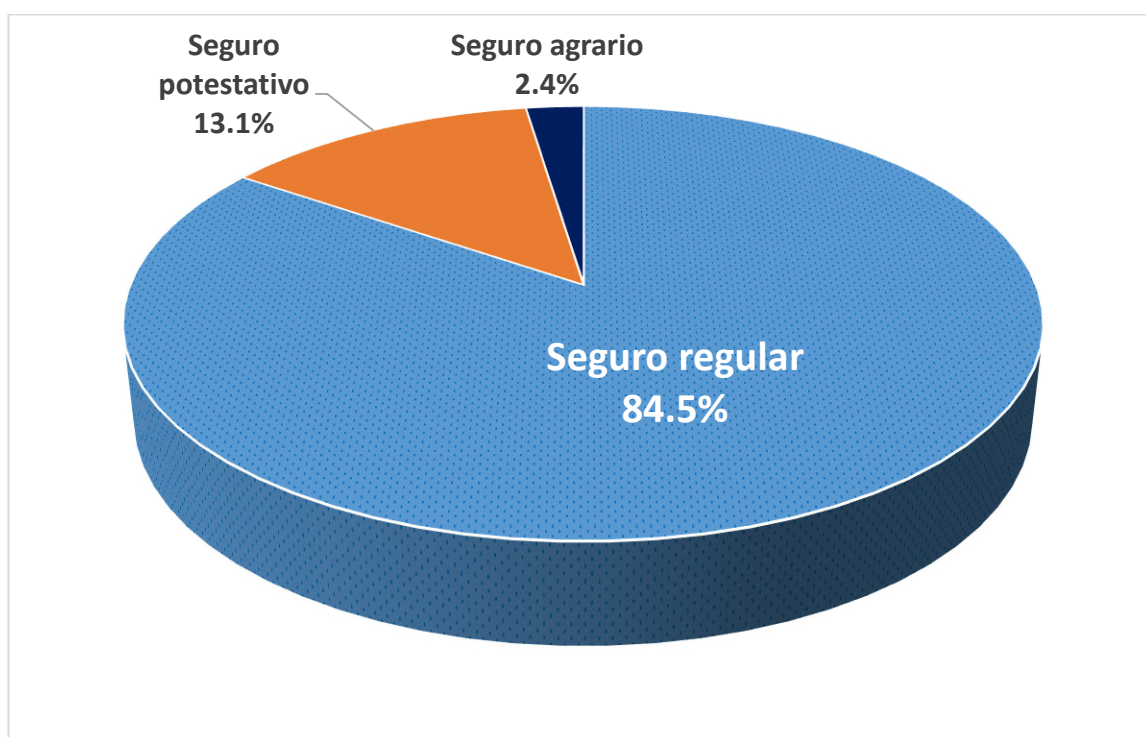


Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

En relación con el tipo de seguro, se aprecia que el 84.5% cuenta con seguro regular (algunos, al momento de llenar la encuesta, ya no contaban con ningún tipo de seguro), el 13.1% cuenta con seguro potestativo, y solo el 2.4% con seguro agrario (ver Figura 35).

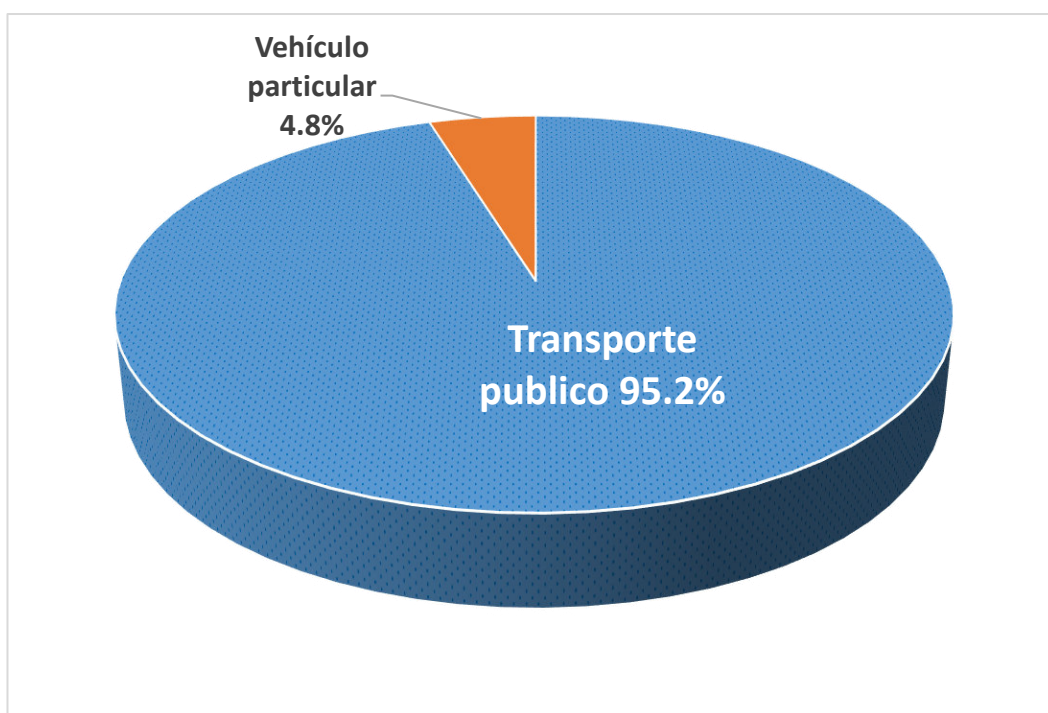
Con respecto al medio de transporte para llegar al Hospital, el 95.2% manifestaron que lo hicieron mediante transporte público, y solo 4.8% mediante vehículo particular. (Ver Figura 36).

Figura 35. Tipo de seguro



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 36. Medio de Transporte para llegar al Hospital



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Cuadro 11. Datos Generales Socioeconómicos

		Frecuencia	%
Relación del encuestado con el paciente	Paciente	7	8.3
	Madre	54	64.3
	Padre	21	25
	Abuelo/a	1	1.2
	Hermano/a	1	1.2
Ocupación	Desempleado	2	2.4
	Ama de casa	32	38.1
	Independiente	11	13.1
	Obrero	2	2.4
	Empleado	35	41.7
	Pensionista	2	2.4
Ingreso familiar mensual	Menos de S/.850	14	16.7
	De S/. 851 a 1000	22	26.2
	De S/. 1001 a 1500	17	20.2
	De S/. 1501 a 2000	19	22.6
	Más de S/.2000	12	14.3

Zona de residencia	Urbano	66	78.6
	Rural	11	13.1
	Urbano marginal	7	8.3
Lugar de residencia	Lima	72	85.7
	Otro	12	14.3
Tipo de seguro	Seguro regular	71	84.5
	Seguro potestativo	11	13.1
	Seguro agrario	2	2.4
Medio de transporte para llegar al hospital	Transporte publico	80	95.2
	Vehículo particular	4	4.8

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.2. Percepción de la Calidad de Atención según dimensiones del SERVQUAL

Las dimensiones de SERVQUAL representan cinco facetas, conceptualmente, distintas de la calidad del servicio; también están interrelacionadas, para efectos del presente estudio, no se analizó la relación o influencia entre ellas, sino principalmente su efecto sobre la calidad en el servicio, por lo que estas variables se establecen como independientes.

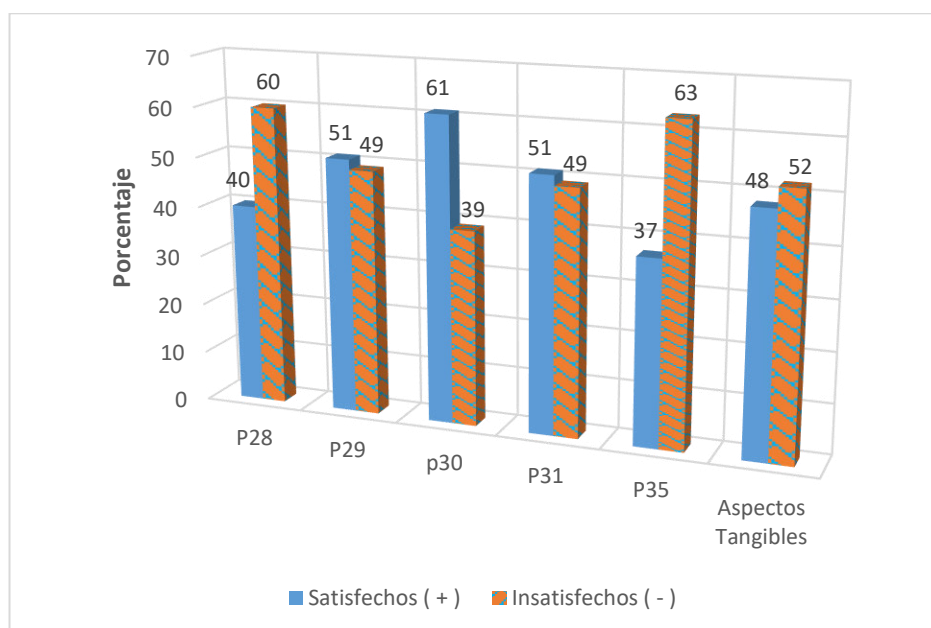
- ***Aspectos Tangibles***

En la dimensión Aspectos Tangibles, se aprecia que la pregunta N° 30 (P30) alcanza un mayor nivel de satisfacción (61%); esta pregunta se refiere a la limpieza y presencia de los trabajadores del servicio de Odontología; mientras que la pregunta N° 35 (P35) alcanza un mayor nivel de insatisfacción con 63%; esta pregunta se refiere a los insumos que se requieren para atender a los pacientes, cabe mencionar que es la segunda pregunta con más nivel de insatisfacción. Según la matriz de mejora, se observa que esta dimensión se encuentra en proceso.

Cuadro 12. Resultados Dimensión Aspectos Tangibles

	Satisfechos (+)		Insatisfechos (-)	
	n	%	n	%
P28	34	40	50	60
P29	43	51	41	49
P30	51	61	33	39
P31	43	51	41	49
P35	31	37	53	63
Total	202	48	218	52

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 37. Resultados Dimensión Aspectos Tangibles

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

- **Fiabilidad**

Se aprecia que la Pregunta N° 40 (P40) alcanza un mayor nivel de satisfacción (45%); en esta pregunta, se cuestiona sobre si los trabajadores del servicio de Odontología conocen lo necesario para informar y orientar a los pacientes;

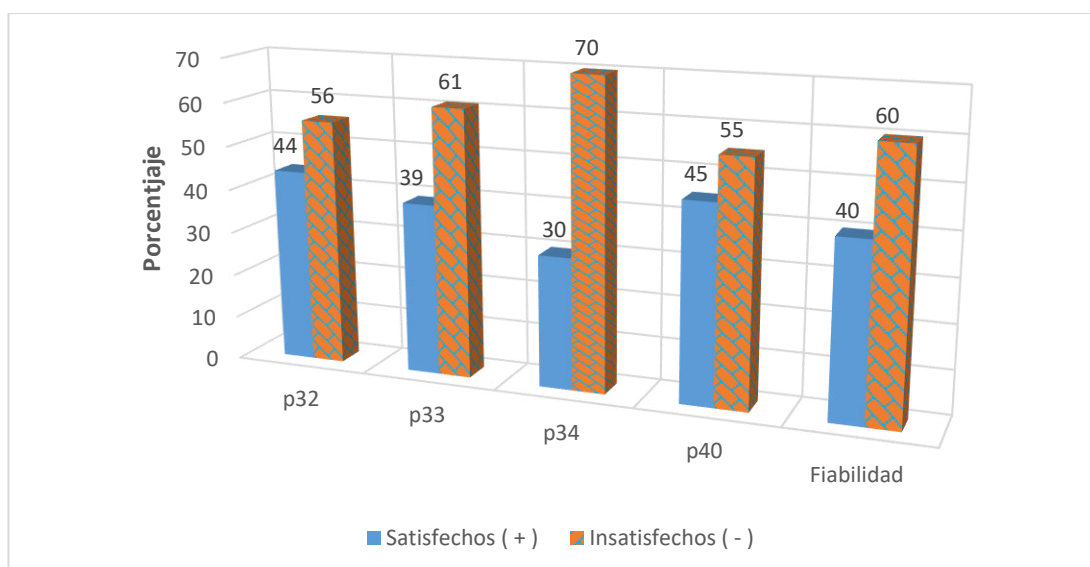
mientras que la pregunta N° 34 (P34) alcanza un mayor nivel de insatisfacción con 70%; esta pregunta se refiere acerca de si los trabajadores del servicio de Odontología atienden al paciente en el momento en que lo necesita, cabe mencionar que es la pregunta con más nivel de insatisfacción, según la matriz de mejora se observa que esta dimensión se encuentra en proceso.

Cuadro 13. Resultados Dimensión Fiabilidad

	Satisfechos (+)		Insatisfechos (-)	
	n	%	n	%
p32	37	44	47	56
p33	33	39	51	61
p34	25	30	59	70
p40	38	45	46	55
Total	133	40	203	60

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 38. Resultados Dimensión Fiabilidad



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

- **Capacidad de Respuesta**

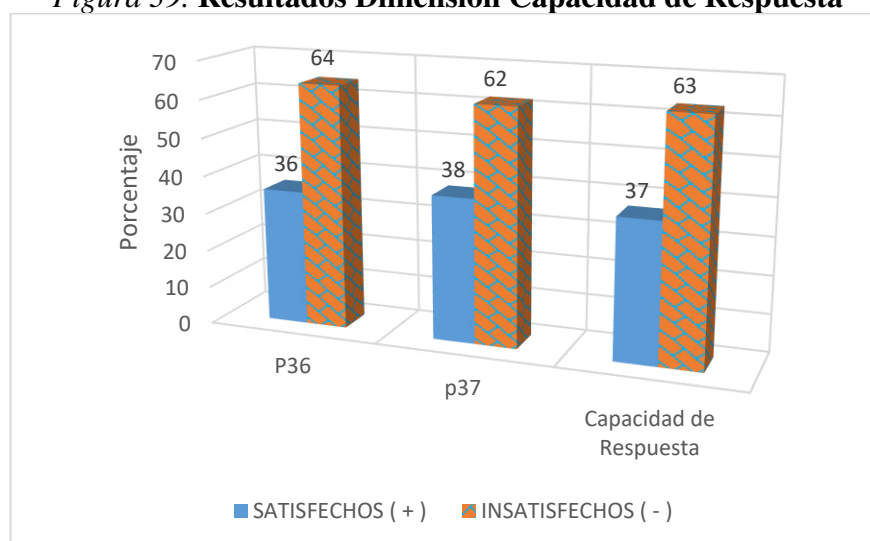
Esta dimensión tiene un 37% de satisfacción, se aprecia que la pregunta N° 37 (P37) alcanza un mayor nivel de satisfacción (38%); en esta pregunta, se cuestiona sobre si los trabajadores del servicio de Odontología responden rápidamente a los pedidos y preocupaciones de los pacientes, mientras que la pregunta N° 36 (P36) alcanza un mayor nivel de insatisfacción con 64%. Esta pregunta se refiere a si se atiende a los pacientes en forma rápida y oportuna. Según la matriz de mejora, esta dimensión es la única que se encuentra por mejorar, cabe resaltar que esta dimensión es la que presenta mayor nivel de insatisfacción con 63%.

Cuadro 14. Resultados Dimensión Capacidad de Respuesta

	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
	n	%	n	%
P36	30	36	54	64
P37	32	38	52	62
Total	62	37	106	63

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 39. Resultados Dimensión Capacidad de Respuesta



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

- **Seguridad**

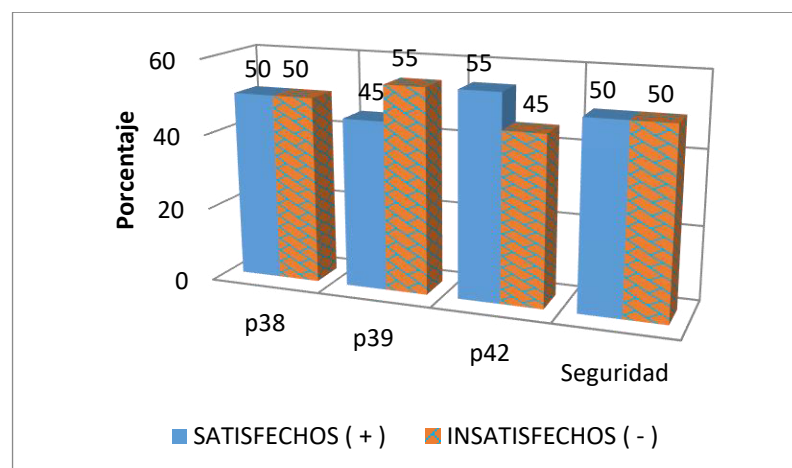
Esta dimensión tiene un 50% de satisfacción y un 50% de insatisfacción, cabe resaltar que es la dimensión que tiene mayor nivel de satisfacción, se aprecia que la pregunta N° 42 (P42) alcanza el mayor nivel de satisfacción (55%), en esta pregunta, se cuestiona sobre si los trabajadores del servicio de Odontología se apoyan entre compañeros para brindar la mejor atención posible, mientras que la pregunta N° 39 (P39) alcanza un mayor nivel de insatisfacción con 55%. Según la matriz de mejora, esta dimensión se encuentra en proceso.

Cuadro 15. Resultados Dimensión Seguridad

	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
	n	%	n	%
p38	42	50	42	50
p39	38	45	46	55
p42	46	55	38	45
Total	126	50	126	50

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 40. Resultados Dimensión Seguridad



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

- **Empatía**

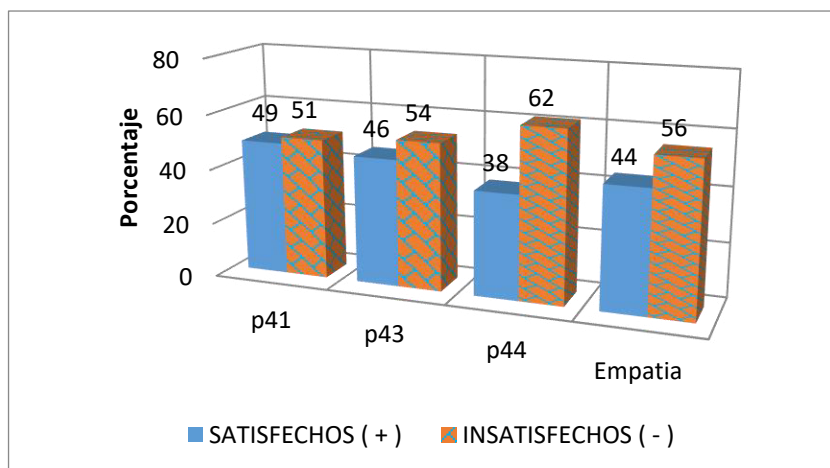
Esta dimensión tiene un nivel de satisfacción de 44%, se aprecia que la pregunta N° 41 (P41) alcanza un mayor nivel de satisfacción (49%); en esta pregunta, se afirma que los trabajadores del servicio de Odontoestomatología son amables y atentos; mientras que la pregunta N° 44 (P44) alcanza un mayor nivel de insatisfacción con 62%, en esta pregunta se cuestiona acerca de si en el servicio de Odontoestomatología se piensa primero en el paciente. Según la matriz de mejora, esta dimensión se encuentra en proceso.

Cuadro 16. Resultados Dimensión Empatía

	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
	n	%	n	%
p41	41	49	43	51
p43	39	46	45	54
p44	32	38	52	62
Total	112	44	140	56

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 41. Resultados Dimensión Empatía



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.2.1. Satisfacción Global

En el análisis de Satisfacción global, según dimensiones, se muestra que de los 84 encuestados, el 56% se encuentran insatisfechos con la calidad de atención del servicio de Odontología del HNERM, y solo el 44% se encuentran satisfechos.

La mayor satisfacción se encuentra en la dimensión Seguridad, que evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud, con 50%; seguido de Aspectos Tangibles, que son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, con 48%.

Con respecto a la insatisfacción, esta se da en mayor proporción en la dimensión Capacidad de Respuesta, que se define como la disposición de servir a los usuarios y brindarles un servicio rápido y oportuno, con 63%; seguido de Fiabilidad, que es la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido, con 60%.

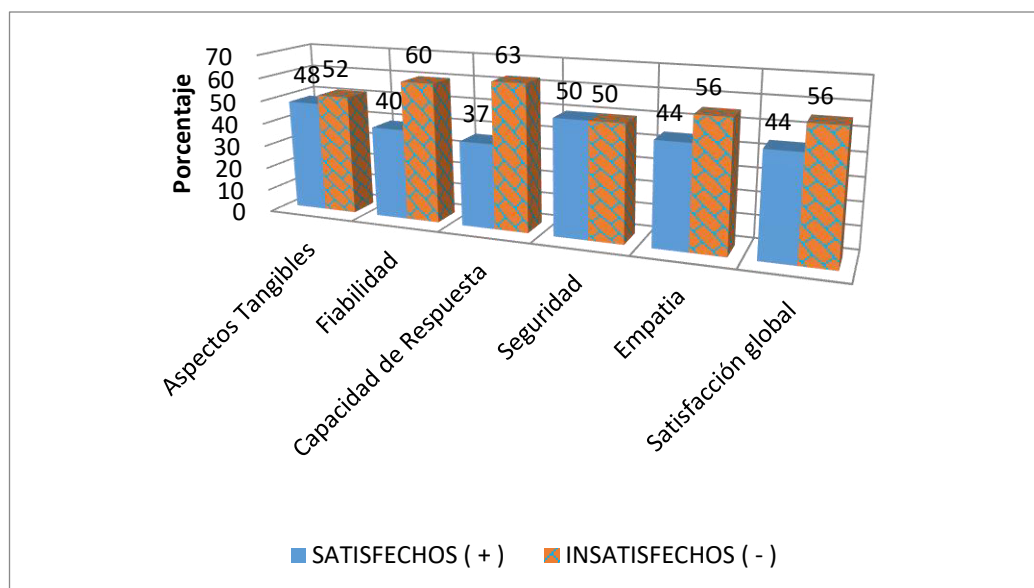
Según la matriz de mejora, las dimensiones Aspectos Tangibles, Fiabilidad, Seguridad y Empatía se encuentran en proceso (entre 40 y 60% de insatisfacción); y la dimensión más crítica es la Capacidad de Respuesta (más de 60% de insatisfacción) que deberá ser mejorada.

Cuadro 17. Satisfacción Global

DIMENSIONES	SATISFECHOS (+)		INSATISFECHOS (-)	
	n	%	n	%
Aspectos Tangibles	40	48	44	52
Fiabilidad	34	40	50	60
Capacidad de Respuesta	31	37	53	63
Seguridad	42	50	42	50
Empatía	37	44	47	56
Satisfacción Global		44		56

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 42. Resultados Satisfacción Global



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.2.2. Análisis de Percepción de la Calidad de Atención según Matriz de Mejora

Como ya fue mencionado, esta matriz es una importante herramienta que permite definir inmediatamente, mediante la identificación de colores que ítems de la calidad de atención producen mayor grado de insatisfacción. Los aspectos que producen menor grado de insatisfacción están pintados de color amarillo (menor de 40%), los que producen un nivel moderado de insatisfacción están pintados de color verde (entre 40 y 60%), y por último los ítems que producen mayor grado de insatisfacción están pintados de color rojo (mayor de 60%).

En el cuadro 18 se observa, en la columna de porcentaje de insatisfacción, que solo existe un valor menor al 40% que según la matriz de mejora de la encuesta SERVQUAL empleada es aceptable. La mayoría de porcentajes son mayores al 40% lo cual indica que están en proceso de mejora, seguido de los valores mayores al 60%, por mejorar.

La pregunta que presentó mayor nivel de insatisfacción fue la PR 34, con 70%, la cual pertenece a la dimensión Fiabilidad, en esta se cuestiona si los trabajadores del servicio

de Odontoestomatología atienden a los pacientes en el momento en que lo necesitan. Seguida de la PR 36 (64%), que pertenece a la dimensión Capacidad de Respuesta, y en la que se afirma que el personal del servicio de Odontoestomatología atiende a los pacientes en forma rápida y oportuna. La pregunta que presenta el menor nivel de insatisfacción es la PR 30 (39%), que pertenece a la dimensión Aspectos Tangibles, en esta se cuestiona si todos los trabajadores están limpios y presentables.

De esta tabla, entonces concluimos que el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de Odontoestomatología del HNERM es del 44%, se encuentra por debajo de lo esperado. El porcentaje de insatisfacción es del 56%, como una señal de que se debe mejorar muchos aspectos de los servicios brindados.

Cuadro 18. Matriz de Mejora SERVQUAL (modificado)

Dimensión	Items	Satisfechos (+)		Insatisfechos (-)	
		n	%	n	%
AT	P28-E11	34	40	50	60
AT	P29-E12	43	51	41	49
AT	P30-E13	51	61	33	39
AT	P31-E14	43	51	41	49
F	P32-E15	37	44	47	56
F	P33-E16	33	39	51	61
F	P34-E17	25	30	59	70
AT	P35-E18	31	37	53	63
CR	P36-E19	30	36	54	64
CR	P37-E20	32	38	52	62
S	P38-E21	42	50	42	50
S	P39-E22	38	45	46	55
F	P40-E23	38	45	46	55
E	P41-E24	41	49	43	51
S	P42-E25	46	55	38	45
E	P43-E26	39	46	45	54
E	P44-E27	32	38	52	62
Porcentaje Total			44		56

Insatisfacción:

> 60%	Por Mejorar
40 - 60%	En Proceso
< 40%	Aceptable

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.3. Datos sobre Afectación de la Calidad de Vida y Tiempo de Espera

Ante la pregunta: *¿Cree usted que el tiempo de espera, para recibir el tratamiento, agravó la enfermedad bucodental, motivo de atención en sala de operaciones?*

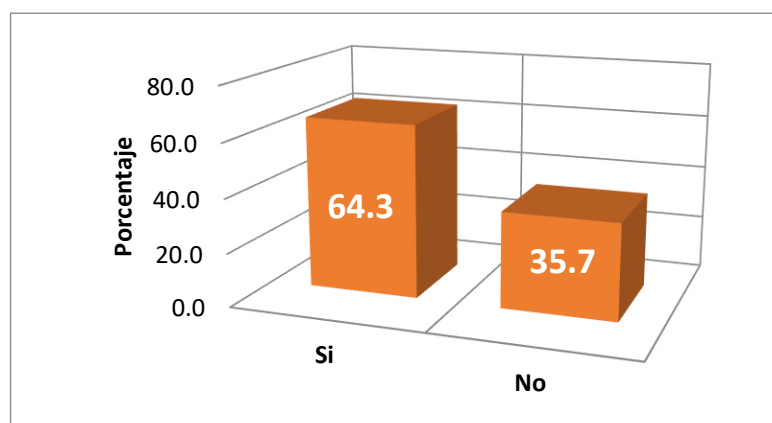
Cuadro 19. Afectación de la Calidad de Vida

	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	64.3
No	30	35.7
Total	84	100

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

El 64,3% de los encuestados cree que el tiempo de espera para recibir el tratamiento agravó la enfermedad bucodental, que fue motivo de atención en sala de operaciones; o sea, se afectó su calidad de vida.

Figura 43. Afectación de la Calidad de Vida por Tiempo de Espera



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Los encuestados que contestaron positivamente a la pregunta anterior, complementaron su respuesta con la siguiente pregunta:

¿De qué manera se agravó la enfermedad bucodental que presentaba inicialmente?

Cuadro 20. Tipo de Afectación de la Calidad de Vida

	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones	13	24,0
Inflamación	8	14,8
Dolor	7	12,9
Aumento de caries	6	11,1
Dolor, Inflamación	5	9,2
Infecciones, Dolor	4	7,4
Infecciones, Dolor, Inflamación	4	7,4
Perdida de dientes	2	3,7
Aumento de caries y pérdida de dientes	1	1,9
Fractura de dientes	1	1,9
Crecimiento de Tumor	1	1,9
Infección, dolor, inflamación, pérdida de dientes, fractura de dientes	1	1,9
Infección, dolor, inflamación, aumento de caries	1	1,9
Total	54	100,00

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

El 24% de los 54 encuestados, que respondieron que se agravó la enfermedad bucodental que presentaba inicialmente (o se afectó su calidad de vida), manifestaron que durante la espera para el tratamiento quirúrgico en sala de operaciones tuvieron infecciones; seguido por inflamación y dolor (14,8% y 12,9%, respectivamente). Es necesario aclarar que algunos encuestados respondieron que hubo afectación de su calidad de vida con dos o tres patologías; por ejemplo, un (1,9%) encuestado manifestó que en su familiar se presentó infección, dolor, inflamación, pérdida de dientes, fractura de dientes.

Con respecto al requerimiento: “Durante la atención en el Hospital, enumere del 1 al 5, según el orden que usted considere, qué proceso de atención tomó mayor o menor tiempo de espera. (1: mucho menor tiempo, 5: mucho mayor tiempo).

Figura 44. Tiempos de Espera según subproceso de atención



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Con esta pregunta, se buscó determinar, mediante la jerarquización del uno al cinco, la percepción de los encuestados acerca de cada subproceso de atención que consideraron que demoró más o menos, desde que acudieron de su CAS de origen hasta que ingresaron a sala de operaciones.

Según el resultado de la encuesta, el proceso de atención que tomó mayor tiempo de espera fue el lapso de tiempo entre la culminación de exámenes preoperatorios e intervención quirúrgica, (promedio: 4.1); seguido de demora para interconsultas a otro servicio (promedio: 3.1). La demora para radiografía de torax fue la que tomó menor tiempo de espera (promedio: 2).

Con respecto al ítem: “*En términos generales, el tiempo que transcurrió desde la decisión de tratamiento quirúrgico en sala de operaciones y la intervención quirúrgica fue de...*”

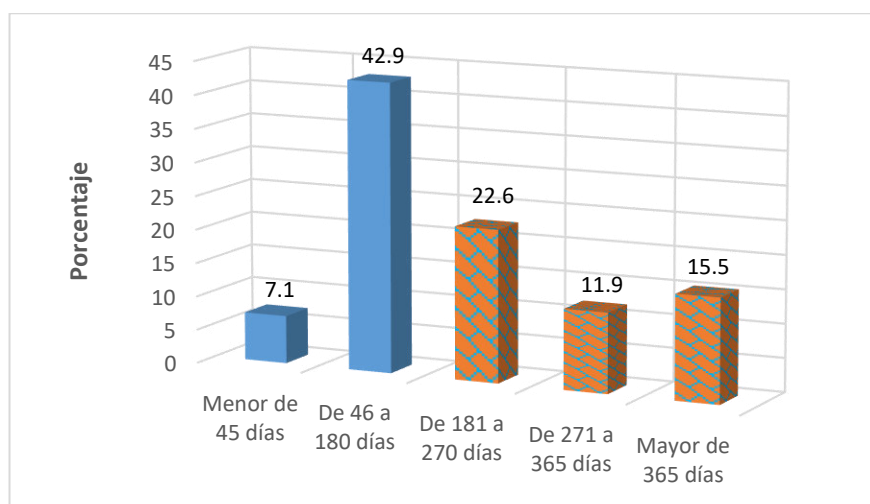
Del cuadro 21, se aprecia que el 42,9% de los encuestados presentan tiempo de espera para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones de 46 a 180 días y el 22,6% de 181 a 270 días; es necesario resaltar que el 50% de encuestados esperó un tiempo mayor a 180 días.

Cuadro 21. Tiempo transcurrido desde la decisión de tratamiento quirúrgico hasta la intervención quirúrgica

	Frecuencia	Porcentaje
Menor 45 días	6	7.1
De 46 a 180 días	36	42.9
De 181 a 270 días	19	22.6
De 271 a 365 días	10	11.9
Mayor de 365 días	13	15.5
Total	84	100

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 45. Tiempo de Espera en días



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.4. Datos Demográficos según Satisfacción del Paciente

4.4.1. Datos Generales Demográficos según Satisfacción del Paciente

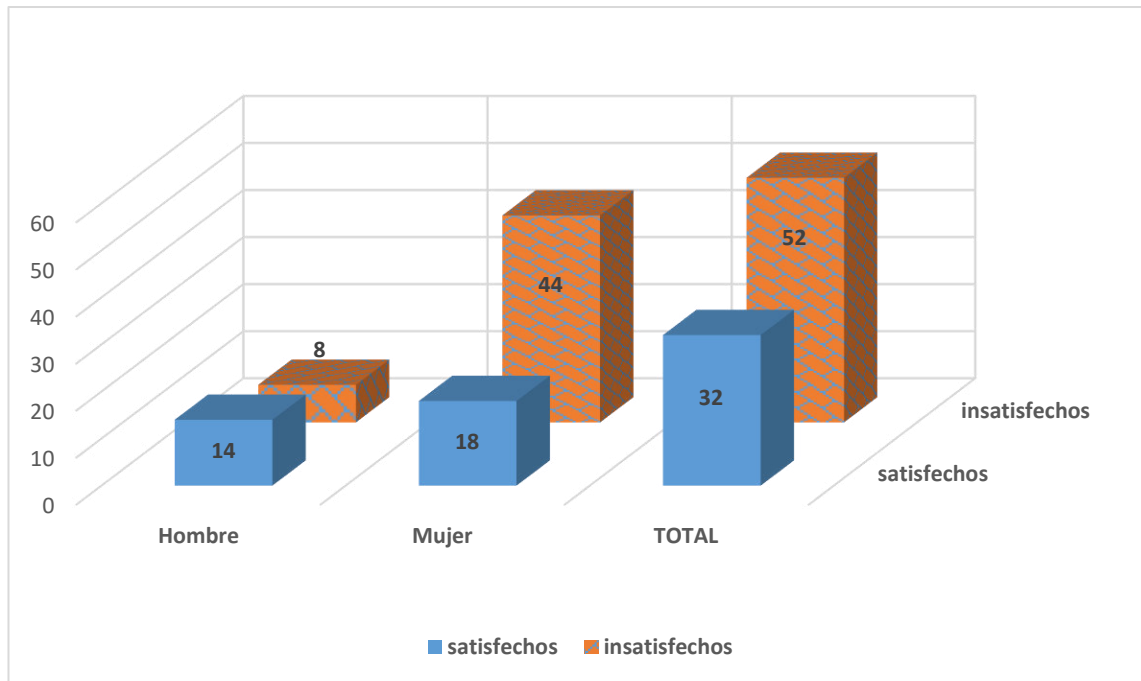
Para poder correlacionar las variables de investigación y obtener las pruebas de hipótesis, se necesita conocer los resultados acerca del grado de satisfacción e insatisfacción de la población de estudio; de igual manera que en el caso anterior, se analizarán los datos correspondientes a género, edad y grado de instrucción del encuestado. Ver Cuadro 22.

Con respecto al género, se puede observar que, de los 22 hombres encuestados, el 43.8% de estos (14) están satisfechos; y el 15.4% están insatisfechos. En cuanto a las mujeres, de las 62 encuestadas, el 56.3% (18) están satisfechas y el 84.6% están insatisfechas. $p = 0.04$ ($p < 0.05$ existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 46.

Con relación a la edad, la población de estudio que se encuentra en el rango entre 41 y 50 años, se encuentran más satisfechos (34.4%: 11 encuestados); y la población de estudio del rango de 31 a 40 años se encuentran más insatisfechos (32.7%: 25 encuestados). $p = 0.02$ ($p < 0.05$, existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 47.

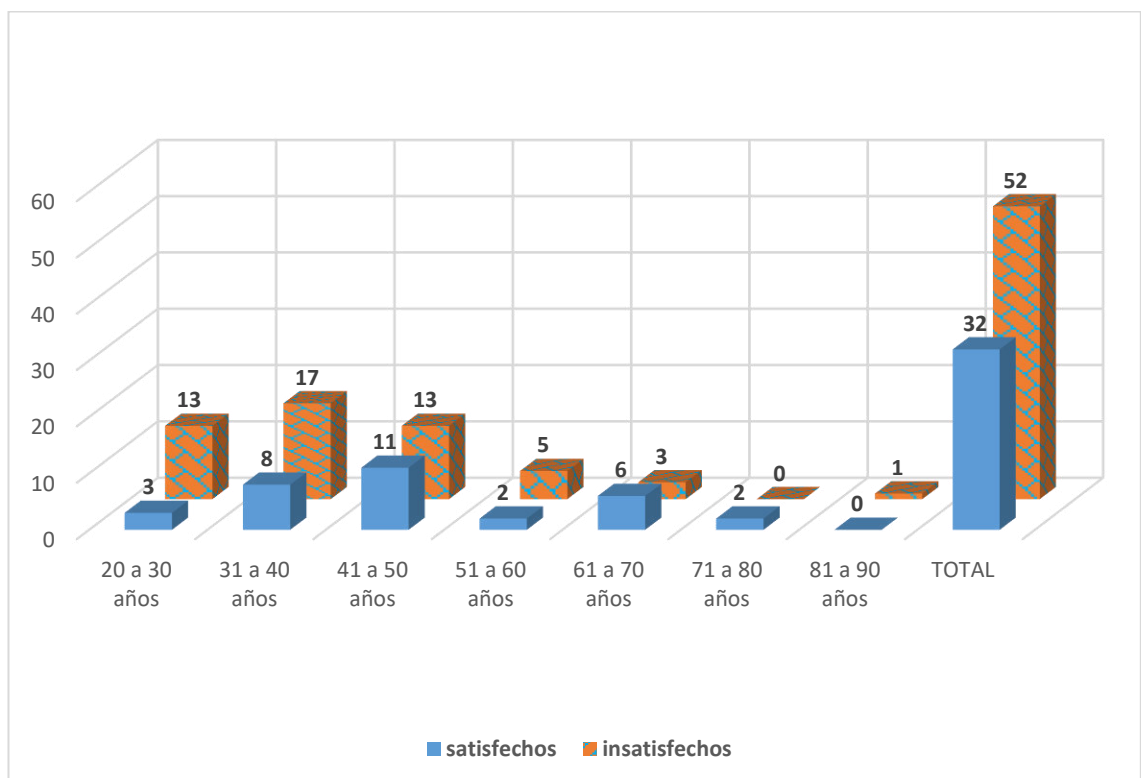
En cuanto al grado de instrucción, el grupo de nivel educativo superior técnico completo y secundaria completa expresó mayor satisfacción (ambos con 28.1%); asimismo, el grupo de superior técnica incompleta manifestó mayor insatisfacción (36.5%: 28 encuestados). $p = 0.04$ ($p < 0.05$ existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 48.

Figura 46. Satisfacción según Género



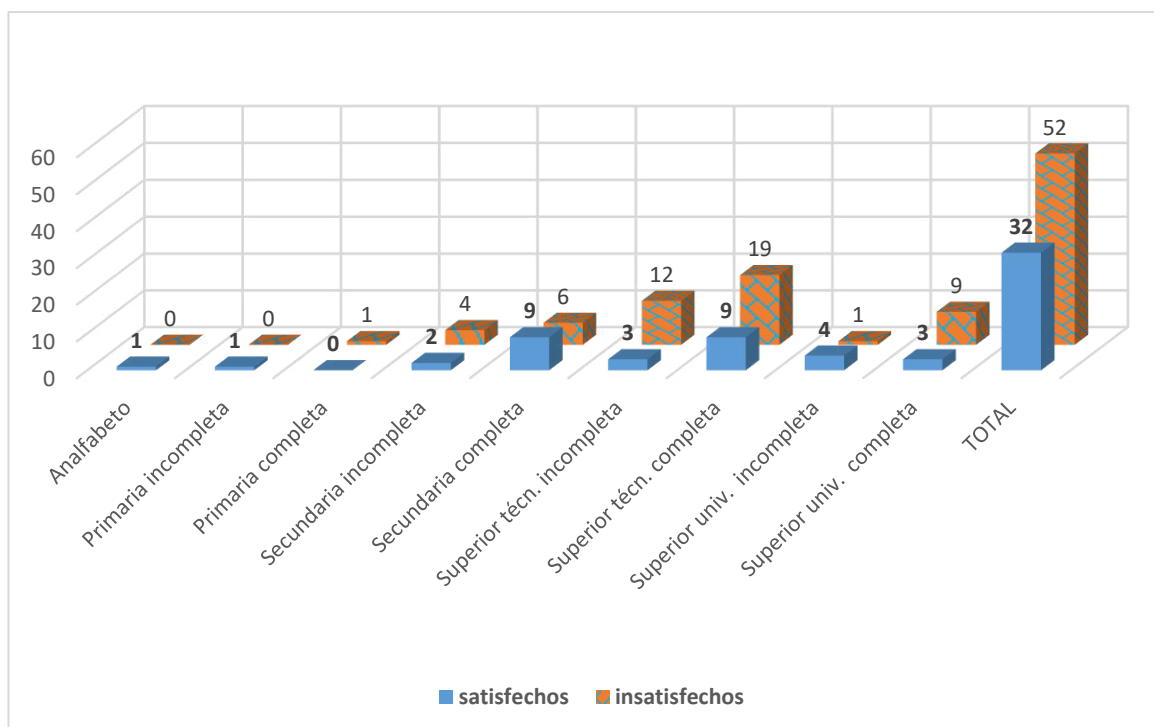
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 47. Satisfacción según Edad



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 48. Satisfacción según Grado de Instrucción



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Cuadro 22. Datos Generales Demográficos según Satisfacción del Paciente

	Satisfacción del paciente				Total		P
	Satisfechos		Insatisfechos		n	%	
Sexo	n	%	n	%	n	%	
Hombre	14	43,8%	8	15,4%	22	26,2%	0.04*
Mujer	18	56,3%	44	84,6%	62	73,8%	
Edad							
20 a 30 años	3	9,4%	13	25,0%	16	19,0%	0.02*
31 a 40 años	8	25,0%	17	32,7%	25	29,8%	
41 a 50 años	11	34,4%	13	25,0%	24	28,6%	
51 a 60 años	2	6,3%	5	9,6%	7	8,3%	
61 a 70 años	6	18,8%	3	5,8%	9	10,7%	
71 a 80 años	2	6,3%	0	0,0%	2	2,4%	
81 a 90 años	0	0,0%	1	1,9%	1	1,2%	
Grado de instrucción							
Analfabeto	1	3,1%	0	0,0%	1	1,2%	0.04*
Primaria incompleta	1	3,1%	0	0,0%	1	1,2%	
Primaria completa	0	0,0%	1	1,9%	1	1,2%	
Secundaria incompleta	2	6,3%	4	7,7%	6	7,1%	

Secundaria completa	9	28,1%	6	11,5%	15	17,9%
Superior técnica incompleta	3	9,4%	12	23,1%	15	17,9%
Superior técnica completa	9	28,1%	19	36,5%	28	33,3%
Superior universitaria incompleta	4	12,5%	1	1,9%	5	6,0%
Superior universitaria completa	3	9,4%	9	17,3%	12	14,3%
total	32	100,0%	52	100,0%	84	100,0%

* $p < 0.05$ existe relación estadística

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.4.2. Datos Socioeconómicos según Satisfacción del Paciente

Siguiendo el mismo orden, se analizaron los datos correspondientes a ocupación, ingreso familiar mensual, zona de residencia, lugar de residencia, tipo de seguro, y medio de transporte para llegar al Hospital. (ver Cuadro 23).

Con respecto a la ocupación, se observa que del total de encuestados insatisfechos el 42.3% (22) son amas de casa, podría explicarse esto debido a que es la segunda ocupación más prevalente de la población de estudio, con 38.1%, (la ocupación más prevalente es la de empleado (41.7%). $p = 0.24$ ($p > 0.05$ No existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 49.

En relación con el ingreso familiar mensual se evidencia que, del total de encuestados, el grupo que está en el rango de S/. 850 a S/. 1,000 (28.8%: 15 encuestados) se encuentran más insatisfechos, la población de estudio de este rango es la más prevalente (26.2%). $p = 0.26$ ($p > 0.05$. No existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 50.

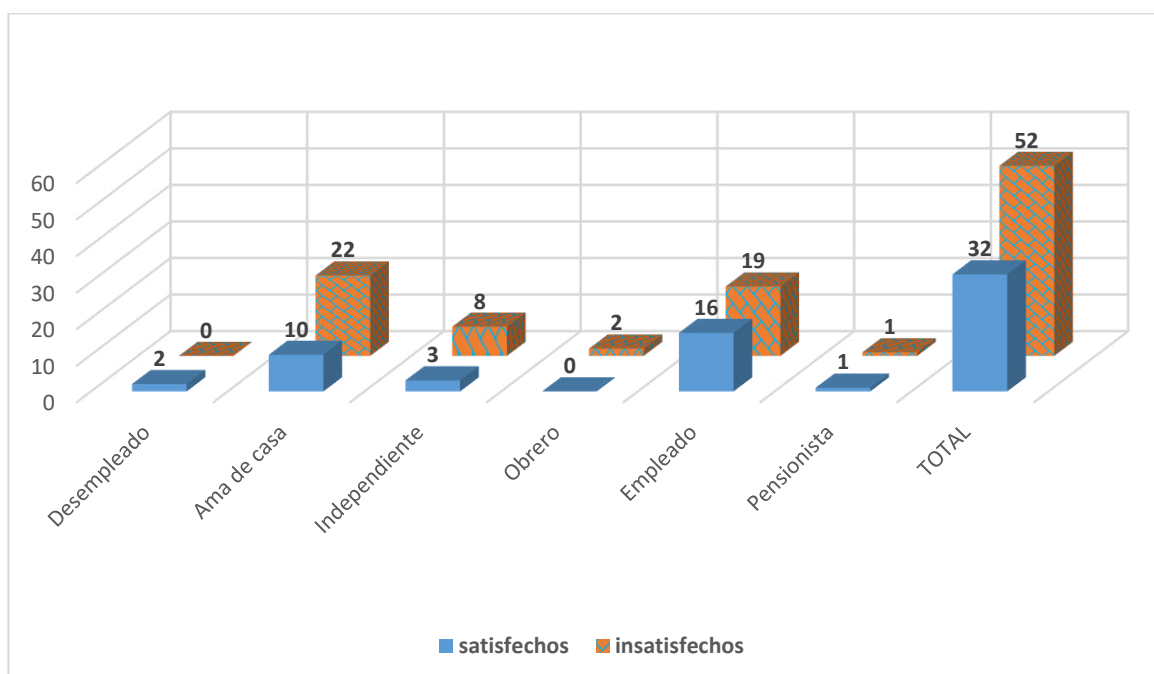
Con relación a la zona de residencia, los encuestados que viven en la zona urbana son los que expresaron mayor insatisfacción (76.9%: 66 encuestados), lógicamente debido a que la mayoría de encuestados provienen de esta zona. $p = 0.84$ ($p > 0.05$, no existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 51.

Con respecto al lugar de residencia, la población de estudio más insatisfecha es la que vive en Lima (92.3%: 48 encuestados), igual que el caso anterior, esto se explicaría por qué la mayoría de los encuestados son de este lugar de residencia (85.7%). $p = 0.03$ ($p < 0.05$ existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 52.

De acuerdo con el tipo de seguro, los encuestados que tienen seguro regular son los que se encuentran más insatisfechos (82,7%: 43 encuestados); la población más prevalente en este estudio tiene este tipo de seguro (84,5%). $p = 0.69$ ($p > 0.05$, no existe relación, estadísticamente, significativa). Ver Figura 53.

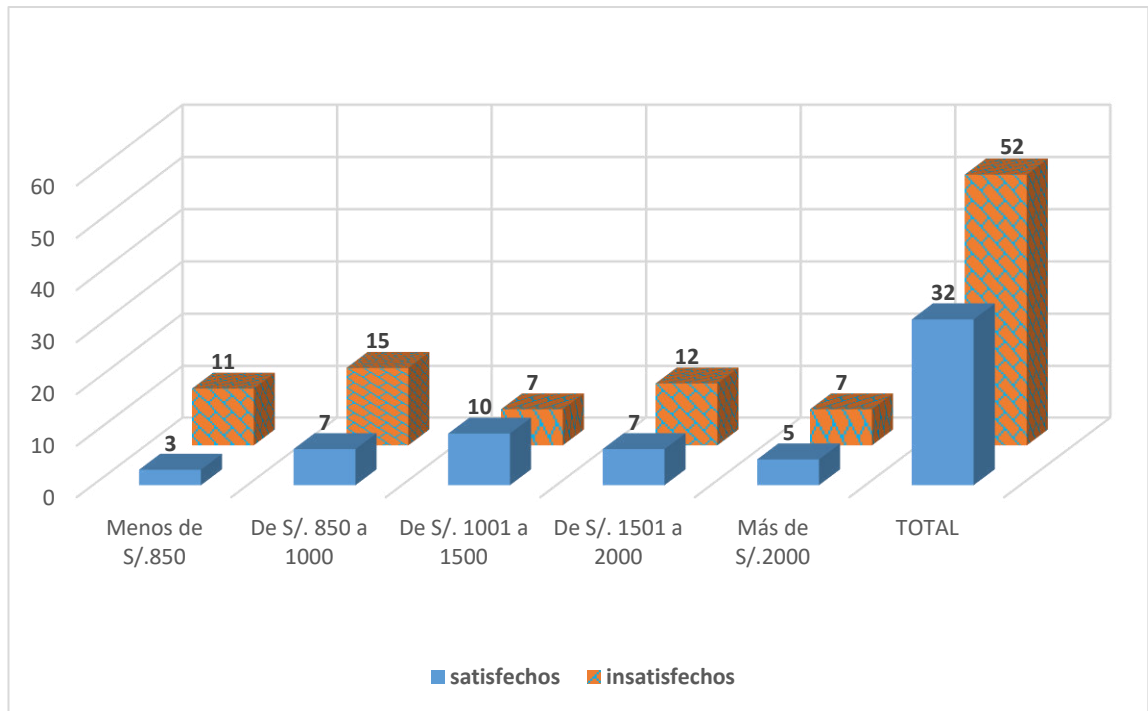
Por último, los encuestados cuyo medio de transporte para llegar al hospital es el vehículo público, son los que se encuentran más insatisfechos (92.3%: 48 encuestados). Esta población de estudio es la más prevalente (95.2%). $p = 0.10$ ($p > 0.05$, no existe relación estadísticamente significativa). Ver Figura 54.

Figura 49. Satisfacción según Ocupación del Encuestado



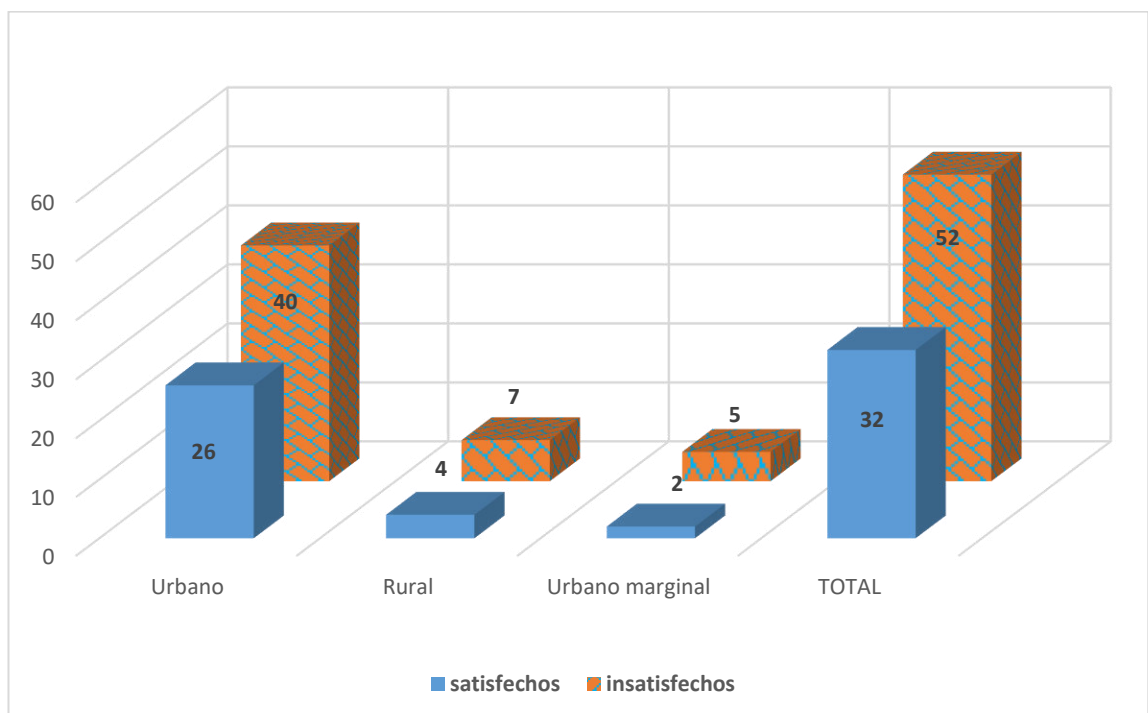
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 50. Satisfacción según Ingreso Familiar Mensual



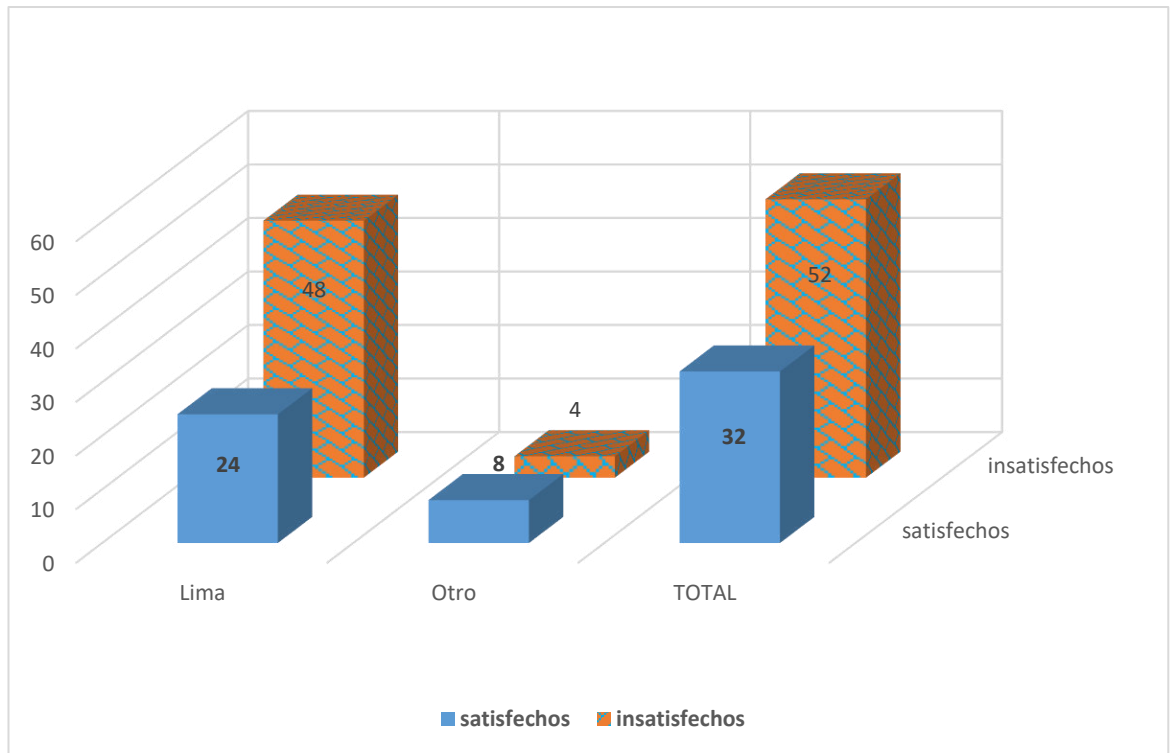
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 51. Satisfacción según Zona de Residencia



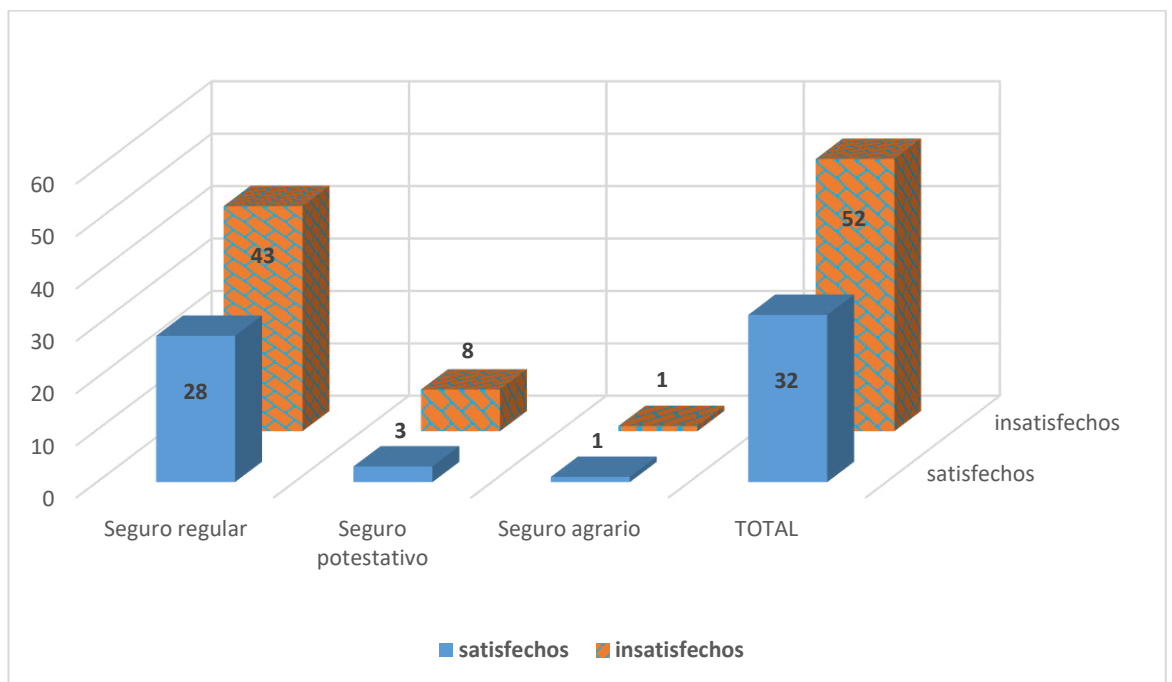
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 52. Satisfacción según Lugar de Residencia



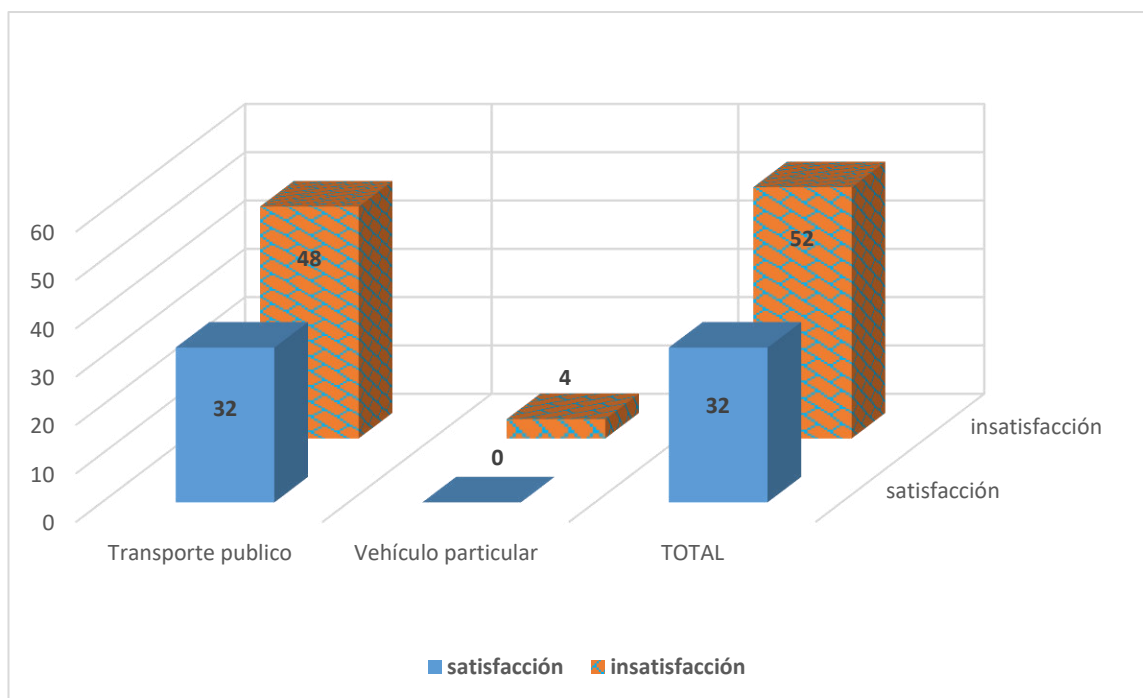
Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 53. Satisfacción según Tipo de Seguro



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Figura 54. Satisfacción según Medio de Transporte para llegar al Hospital



Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

Cuadro 23. Datos Generales Socioeconómicos según Satisfacción del Encuestado

	Satisfacción del paciente				Total		P
	Satisfechos		Insatisfechos				
Ocupación	n	%	n	%	n	%	
Desempleado	2	6,3%	0	0,0%	2	2,4%	0.24
Ama de casa	10	31,3%	22	42,3%	32	38,1%	
Independiente	3	9,4%	8	15,4%	11	13,1%	
Obrero	0	0,0%	2	3,8%	2	2,4%	
Empleado	16	50,0%	19	36,5%	35	41,7%	
Pensionista	1	3,1%	1	1,9%	2	2,4%	
Ingreso familiar mensual							
Menos de S/.850	3	9,4%	11	21,2%	14	16,7%	0.26
De S/. 851 a 1000	7	21,9%	15	28,8%	22	26,2%	
De S/. 1001 a 1500	10	31,3%	7	13,5%	17	20,2%	
De S/. 1501 a 2000	7	21,9%	12	23,1%	19	22,6%	
Más de S/.2000	5	15,6%	7	13,5%	12	14,3%	
Zona de residencia							
Urbano	26	81,3%	40	76,9%	66	78,6%	0.84
Rural	4	12,5%	7	13,5%	11	13,1%	
Urbano marginal	2	6,3%	5	9,6%	7	8,3%	

Lugar de residencia							
Lima	24	75,0%	48	92,3%	72	85,7%	0.03*
Otro	8	25,0%	4	7,7%	12	14,3%	
Tipo de seguro							
Seguro regular	28	87,5%	43	82,7%	71	84,5%	0.69
Seguro potestativo	3	9,4%	8	15,4%	11	13,1%	
Seguro agrario	1	3,1%	1	1,9%	2	2,4%	
Medio de transporte para llegar al hospital							
Transporte publico	32	100,0%	48	92,3%	80	95,2%	0.10
Vehículo particular	0	0,0%	4	7,7%	4	4,8%	
Total	32	100,0%	52	100,0%	84	100,0%	

*p<0.05 existe relación estadística

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

4.5. Prueba de Hipótesis

- **Contrastación de Hipótesis General**

Teniendo la hipótesis:

“Existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva, durante al año 2016.

Se desarrolla los siguientes pasos:

1. Planteamiento:

Ho: No existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva, durante al año 2016.

Ha: Existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva durante al año 2016.

Cuadro 24. Correlación entre Tiempo de Espera y percepción de la Calidad de Atención

			percepción de la Calidad de atención
Rho de Spearman	Tiempo de espera	Coefficiente de correlación	-0,220*
		Sig. (bilateral)	0,044
		N	84

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

2.- Decisión

Dado que $\text{sig}=0,04 < 0,05$, entonces rechazar H_0 y aceptar H_1 ; es decir, existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016. Esta relación es baja negativa (-0.22), es decir, a medida que aumenta la percepción de calidad de atención, disminuye el tiempo quirúrgico.

Conclusión:

Existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva durante al año 2016.

- ***Contrastación de Hipótesis Específica 1***

Teniendo la Hipótesis:

“Todas las dimensiones de la escala SERVQUAL modificada impactan en la evaluación de la calidad de atención de pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva, durante al año 2016.”

Esta es una hipótesis descriptiva, por lo tanto, no hay contrastación de hipótesis, solo se analizan porcentajes de la tabla de frecuencias, solo se puede mencionar que las dimensiones del SERVQUAL: Aspectos Tangibles, Fiabilidad, Seguridad y Empatía están en proceso, y la dimensión Capacidad de Respuesta está por mejorar.

- ***Contrastación de Hipótesis Específica 2***

Teniendo la hipótesis:

“El tiempo de espera, superior a 180 días, se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016“.

Se desarrolla los siguientes pasos:

1. Planteamiento:

Ho: El tiempo de espera superior a 180 días no se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva.

Ha: El tiempo de espera, superior a 180 días, se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva.

Cuadro 25. Correlación entre Tiempo de Espera mayor a 180 días e Insatisfacción

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1ª	Tiempo espera(>180)	0,957	0,466	4,212	1	0,040	2,603	1,044	6,491
	Constante	0,047	0,305	0,023	1	0,879	1,048		

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

2.- Decisión

El tiempo de espera, superior a 180 días, influye estadísticamente significativo $p < 0.05$ a la insatisfacción en los pacientes (o familiares). Asimismo, los pacientes que están más de 180 días en tiempo de espera tienen 2.6 veces más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción en relación con los pacientes con tiempo de espera menor de 180 días.

Conclusión:

El tiempo de espera, mayor a 180 días para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.

- ***Contrastación de Hipótesis Específica 3***

Teniendo la hipótesis:

“La afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.”

Se desarrolla los siguientes pasos:

1. Planteamiento:

Ho: La afectación de la calidad de vida no se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.

Ha: La afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares de estos) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.

Cuadro 26. Correlación entre Afectación de calidad de vida e Insatisfacción por Tiempo de Espera

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1ª	Afectación (Si)	1,224	0,478	6,567	1	0,010	3,400	1,333	8,669
	Constante	-0,268	0,368	0,530	1	0,467	0,765		

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

2.- Decisión

La afectación de la calidad de vida influye, estadísticamente, y de modo significativo $p < 0.05$ a la insatisfacción en los pacientes. Asimismo, los pacientes afectados presentan 3,4 veces más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción en relación a los no afectados.

Conclusión:

La afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares de estos) del servicio de Odontoestomatología del HNERM, que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva, durante el año 2016.

- **Contrastación de Hipótesis Específica 4**

Teniendo la hipótesis:

“La afectación de la calidad de vida ejerce mayor influencia que el tiempo de espera superior a 180 días sobre el grado de insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016”.

Se desarrollan los siguientes pasos:

1. Planteamiento:

Ho: La afectación de la calidad de vida no ejerce mayor influencia que el tiempo de espera superior a 180 días sobre el grado de insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.

Ha: La afectación de la calidad de vida ejerce mayor influencia que el tiempo de espera superior a 180 días sobre el grado de insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del HNERM que fueron intervenidos en sala de operaciones, bajo la modalidad de cirugía electiva durante el año 2016.

Cuadro 27. Correlación entre Tiempo de Espera mayor a 180 días y Afectación de la Calidad de vida

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)		
							Inferior	Superior	
Paso 1 ^a									
	Tiempo de espera(>180días)	0,934	0,485	3,710	1	0,054	2,545	0,984	6,583
	Afectación (1)	1,205	0,490	6,053	1	0,014	3,337	1,278	8,715
	Constante	-0,685	0,439	2,441	1	0,118	0,504		

a. Variables especificadas en el paso 1: te, p45.

Fuente. Elaboración propia a partir de resultado de encuestas

2. Decisión

La afectación de la calidad de vida y el tiempo de espera mayor de 180 días influye estadísticamente significativo $p < 0.05$ a la insatisfacción en los pacientes. Asimismo, los pacientes afectados presentan 3,3 más posibilidad de insatisfacción, en relación con los pacientes con más de 180 días de tiempo de espera, los cuales presentan 2.5 más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción.

Conclusión:

Los pacientes afectados presentan 3,3 más posibilidad de insatisfacción respecto a los pacientes con más de 180 días de tiempo de espera; los cuales presentan 2.5 de posibilidades de ocurrencia de insatisfacción.

DISCUSIÓN

Los estudios en el campo de los tiempos de espera para la cirugía electiva han variado en términos de configuración del paciente, objetivos principales y metodología. Algunos estudios se han centrado en el tiempo de espera para la cirugía electiva en general (Shortt & Shaw, 2003; Adam *et. al.*, 2010; Bernardini *et. al.*, 2008; Allepuz *et. al.*, 2009; Arce, 2003; Cañizares & Santos, 2011; Diaz & Osada, 2015; Lizan *et. al.*, 2001; Siciliani & Hurst, 2003; Viberg *et. al.* 2013; Arias, 2018); mientras que otros estudios se han dirigido a especialidades específicas (Conner *et. al.*, 2011; Lewis & Nowak, 2002; McAleer & Moore 1991; Pares *et. al.*, 2013; Roque, 2017). Este trabajo de investigación pertenece a este último grupo.

Conocer la percepción de los pacientes del servicio de Odontostomatología, en relación al tiempo de espera para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones, podría ser de gran ayuda para implementar medidas que disminuyan el impacto clínico sobre el paciente (o familiares), y sobre el grado de satisfacción percibido por el mismo. En esta investigación, se ha podido observar que el grado de insatisfacción con la lista de espera quirúrgica está asociada principalmente a la afectación de la calidad de vida del paciente, durante la espera; y no, propiamente, al tiempo de espera.

Este estudio realizado por medio de encuestas, tuvo una tasa de respuesta del 64%, lo que se considera un porcentaje habitual de respuesta, tenemos que considerar que en estudios similares la tasa de respuesta oscila entre el 13% y el 68% (Pares *et. al.* 2013). En el diseño del presente estudio, se decidió analizar los datos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en sala de operaciones, y no de los pacientes que se encuentran en lista de espera, pendientes de tratamiento quirúrgico, de esta manera se pudo determinar los tiempos finales de espera, probablemente el interés por recibir tratamiento en pacientes todavía no operados podría haber aumentado la tasa de respuesta, aunque los datos analizados no podrían ser los mismos.

La calidad en el servicio requiere que la organización adopte una cultura de calidad total; de tal forma que, desde el líder hasta el empleado de más bajo nivel, debe brindar

sus servicios con calidad en aras del servicio al cliente (Camisón, 2006; Palacios, 2014; Miranda *et. al.*, 2007). Lo anterior, aplica con mayor importancia a las instituciones de salud donde los consumidores tienden a confiar en los aspectos funcionales del proceso de entrega de una asistencia; por ejemplo, al evaluar la calidad del servicio, a partir de las actitudes de los médicos y enfermeras hacia los pacientes, y el tiempo de espera por un procedimiento en general; pero podrán carecer de los conocimientos para evaluar la calidad técnica, por ejemplo, la exactitud de un diagnóstico médico, así como el tratamiento subsecuente y los procedimientos a seguir (Wong, 2002 en Ibarra *et. al.* 2014; Jiménez, 2004, Bellenzier & Gonzales, 2011; Coronado *et. al.*, 2013).

El usuario no aprecia la calidad como concepto de una sola dimensión (Palacios, 2014; Lozada & Rodríguez, 2007; Camison, 2006; Miraa, 2002), en este trabajo la definición del constructo polisémico “calidad” que se usa es *satisfacción del usuario* (Garvin, 1988; Gómez, 2010; James, 1997). Las valoraciones de los clientes, acerca de la calidad, se basan en las percepciones de múltiples factores. Los creadores de la escala SERVQUAL descubrieron que los consumidores toman en cuenta cinco dimensiones para valorar la calidad de los servicios: 1) confiabilidad, 2) responsabilidad, 3) seguridad, 4) empatía y 5) aspectos tangibles (Cabello & Chirinos, 2012; Ibarra *et. al.*, 2014; Suarez, 2015; Buttle, 1996; Zeithaml *et. al.*, 2008).

La escala SERVQUAL se basa en la “teoría de desconfirmación de expectativas” (Anderson, 1973; Oliver, 1980), las proposiciones iniciales del modelo son muy sencillas: la satisfacción se relaciona con el grado y dirección de la discrepancia entre expectativas y el rendimiento o percepciones. Produciéndose lo que se ha denominado confirmación de expectativas (o desconfirmación nula) cuando el rendimiento del producto o servicio son los esperados inicialmente, desconfirmación negativa: cuando el rendimiento es inferior al esperado, apareciendo entonces la insatisfacción y desconfirmación positiva: cuando el rendimiento supera las expectativas iniciales dando lugar al sentimiento de satisfacción (Rodríguez *et. al.*, 2005; Ruíz & Palací, 2011; Díaz, 2002; Moliner, 2003).

Se han publicado otros instrumentos destinados a medir la calidad de los servicios médicos (SERVPERF, SERVQHOS, etc.); sin embargo, la validez, confiabilidad y experiencia de uso de SERVQUAL, en nuestro medio, (Carranza, 2009; Infantes, 2017; Ninamango, 2014; García & Gálvez, 2016; Cabello & Chirinos, 2012)), le

confiere gran utilidad para estudios similares, y su uso permite obtener resultados comparables a lo largo del tiempo con la intención de valorar el impacto que tengan las medidas de intervención en los establecimientos de salud.

La Matriz de mejora es una importante herramienta que permite definir inmediatamente, mediante la identificación de colores que ítems de la calidad de atención de la escala SERVQUAL producen mayor grado de insatisfacción. De los resultados obtenidos, se ordena y prioriza las preguntas por colores: Baremación (MINSA, 2012; Ortiz, 2014). Según resultados de este estudio las preguntas que presentan mayor nivel de insatisfacción corresponden a las dimensiones Fiabilidad (70%) y Capacidad de respuesta (64%); en otro estudio que también usa la matriz de mejora como herramienta para evaluar la escala SERVQUAL se observa niveles mucho mayores de insatisfacción 85,12%, 78,33%, en ítems que pertenecen a las dimensiones Aspectos tangibles y Capacidad de respuesta respectivamente (Ortiz, 2014). Estos resultados probablemente estén vinculados a que la evaluación de la calidad de atención se realiza en contextos diferentes.

En el trabajo de Ortiz (2014), cuyo instrumento es la escala SERVQUAL, la dimensión que arroja el mayor nivel de insatisfacción es la Capacidad de respuesta, que alcanza el 73.8%; similar resultado se observa en este trabajo de investigación, cuya dimensión Capacidad de respuesta presenta el mayor grado de insatisfacción, con 63%. En el mismo sentido, Ibarra (2014), Ninamango (2014) y Mendoza (2016) concluyen que la dimensión más alejada del valor cero es la Capacidad de respuesta; según el último autor, el nivel de insatisfacción encontrada, con respecto a esta dimensión, es de 91.5%. Este resultado, frecuente en otros estudios, probablemente se explique porque los pacientes esperan una respuesta rápida y oportuna frente a sus necesidades de tratamiento.

Los resultados de este estudio indican que existe relación estadísticamente significativa entre el sexo, la edad y el grado de instrucción, con respecto al grado de satisfacción ($p < 0.05$), por lo tanto, se concluye que las mujeres estaban más satisfechas con mayor frecuencia que los hombres (pero también se observa que son las más insatisfechas, probablemente por la mayor proporción de mujeres en el estudio: 73.8%,

debido a que el 85% de pacientes intervenidos son pediátricos, y generalmente son las madres las que acompañan a los pacientes durante el proceso de preparación para ingresar a SOP); que conforme avanza la edad aumenta el grado de satisfacción, alcanzando el pico máximo los pacientes de 41 a 50 años (a partir de allí desciende, probablemente por que disminuye el número de encuestados); y por último, la satisfacción decrece acorde aumenta el grado de instrucción.

Resultados similares se observan en otras investigaciones, por ejemplo, en el estudio de Pérez *et. al.* (2017), donde se evalúa la relevancia del contexto socioeconómico en la satisfacción de los pacientes, se concluye que las mujeres estaban más satisfechas con mayor frecuencia que los hombres. En el mismo sentido, Ibarra (2014), refiere que el género femenino tuvo un peso significativo en la evaluación sobre la calidad del servicio de salud, ya que el 78.10% de ellas, evaluaron el servicio otorgado como de regular a bueno.

A pesar de que hay autores que no la consideran un factor predictivo de satisfacción, se observa de manera generalizada que la edad avanzada incrementa la satisfacción de los pacientes, y que las personas más jóvenes tienden a mostrar una menor satisfacción. (Santiñaa, 2004), indica que si bien la edad no es la única variable que influye en la opinión del usuario, un reciente estudio, que intentaba identificar las posibles asociaciones entre los factores culturales y demográficos en los pacientes de atención primaria, ha puesto de manifiesto que la edad es el factor que más se relaciona significativamente con las preferencias de los pacientes. En el mismo sentido, Pérez *et. al.* (2017) manifiestan que la frecuencia con que se percibe como excelente la atención proporcionada aumenta de forma paulatina con la edad y con el nivel de salud mental, con diferencias que llegaron en este caso al 241% entre los dos grupos extremos del nivel de salud mental.

En la investigación de Shimamuku (2012), se indica que, los pacientes con bajos niveles de ingresos y educación, y que no encuentran otras opciones de atención, mostraron altos niveles de satisfacción. Usualmente los usuarios de nivel superior muestran mayores niveles de insatisfacción, lo que refleja mayores expectativas y conocimiento de sus derechos por parte de los usuarios.

En general, el grado de instrucción es un indicador del nivel socioeconómico, debido a que los de menor grado de instrucción se relacionan con los quintiles de riqueza más bajos. En ese sentido Pérez *et. al.* (2017), manifiesta que en las comunidades autónomas con un PIB per cápita entre 21.187 € y 26.547 € existe con mayor frecuencia una percepción de excelencia de los servicios sanitarios recibidos. Bellenzier (2011), concluye que, la satisfacción usuaria decrece conforme aumenta el nivel de preparación de los usuarios. El autor supone que, para los usuarios de menor educación acceder y utilizar los servicios de salud ya influye en su satisfacción. Cuanto menor es el nivel de instrucción de los usuarios mejor percepción tienen éstos de la atención en cuanto a calidad, calidez y comodidad. El mayor nivel de instrucción les permite informarse sobre sus derechos como usuarios de la institución, por consiguiente, saben lo que pueden demandar en cuanto a calidad de la atención, el menor nivel de preparación de estos usuarios hace que estén menos empoderados para realizar reclamos o sugerencias a la institución. Opinan en el mismo sentido Seclén *et. al.* (2004), y Carranza (2009). Asimismo, Yu & Guann (2009), indican que la educación del paciente se asocia con la satisfacción y la recomendación de los pacientes, por lo que proporcionar información escrita u oral durante la visita sobre cómo prevenir o controlar las enfermedades puede relacionarse con la mejora de la satisfacción del paciente y la recomendación.

A diferencia de nuestro estudio, Ninamango (2014) concluye que la insatisfacción global en usuarios no guardó relación tanto por los pacientes de sexo femenino y masculino, ya que no existe diferencia significativa; estos resultados coinciden con Seclén-Palain (2000) en Ninamango (2014), quien en su análisis de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida en el año 2000 no halló asociación entre el sexo de los encuestados y la satisfacción de usuarios en hospitales del MINSA.

En este estudio, la satisfacción global alcanza el 44% y la insatisfacción el 56%, estos resultados probablemente estén vinculados a que el 50% de la población de estudio refiere que esperaron más de seis meses para la intervención quirúrgica, y el 15,5% que lo hicieron durante más de un año; a diferencia de un estudio similar, en el que el grado de satisfacción alcanzó el 61% y el de insatisfacción el 39% (Pares, 2013).

Como ya fue mencionado, en este estudio se encontró que conforme avanza la edad aumenta el grado de satisfacción; en el trabajo de Arias (2018), que correlaciona edad y tiempo de espera concluye que existe relación positiva estadísticamente significativa entre estas variables (a mayor edad mayor tiempo de espera quirúrgica).

En este estudio, los datos generales socioeconómicos, ocupación, ingreso familiar, zona de residencia, tipo de seguro y medio de transporte para llegar al hospital no son significativos ($p > 0.05$); solo es significativo el lugar de residencia ($p=0.03$); la mayoría de encuestados incluidos en esta investigación proceden de Lima. Esto refleja la composición, fundamentalmente, urbana del país, pero también la dificultad de acceder a los servicios de salud de las zonas alejadas de la capital.

En el mismo sentido, en el estudio de Arnesen *et. al.* (2002), que correlaciona tiempo de espera para cirugía electiva y nivel socioeconómico, se concluye que el género y el estado socioeconómico no pudieron explicar las variaciones en el tiempo de espera; de igual manera, en los trabajos de investigación de Shortt & Shaw (2003), Kelly *et. al.* (2001), Lofvendahl *et. al.* (2005), no encuentran relación estadística significativa entre ambas variables, excepto en este último estudio, en el cual determinan una relación entre el tiempo de espera y el estado laboral en el grupo de cirugía de columna, donde los pacientes que trabajaban tenían tiempos de espera más cortos que los pacientes que no trabajaban, independientemente de la fase de tiempo de espera.

A diferencia de estos estudios, Arce (2003) indica que las listas de espera presentan una relación inversa con el nivel socioeconómico de los pacientes; así por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en Escocia, durante el período 1986-1997, y con una muestra de 26,642 pacientes, se determinó que los pacientes en las dos categorías más desfavorecidas socioeconómicamente, esperaron alrededor de tres semanas más para ser operados que los pacientes en las dos categorías superiores.

Los tiempos de espera son un problema común de muchos países alrededor del mundo, tanto por sus efectos en los pacientes como en los sistemas de salud en general. Estos efectos están relacionados con el deterioro del estado de salud de los pacientes, la prolongación de su sufrimiento y la erosión de la legitimidad de los sistemas de salud (BID, 2016; Arce, 2003; Bernal, 2002; Bernardini *et. al.*, 2008; Willcox *et. al.*, 2007; Rodrigo & Gabilondo, 2007; Fontova *et. al.*, 2015; Fundació Grifols, 2009; Julio *et.*

al., 2016), Además, las largas listas de espera suelen asociarse con un uso poco eficiente de los recursos disponibles. La gestión de la demanda puede variar; por ejemplo, en un régimen de pago por contratación donde, sin duda, es preferible para los cirujanos evitar la formación de listas de espera visibles; puesto que ello puede ir en detrimento de que acudan pacientes futuros (en ese caso “el dinero sigue al paciente”). Por el contrario, en los sistemas que utilizan planes extraordinarios establecidos de forma periódica por la Administración en función de las necesidades (del estado de las listas de espera) se fomenta su existencia, puesto que “el dinero sigue a la lista de espera” (Cañizares & Santos, 2011; Moya, 2005).

Para gestionar los tiempos de espera, los países de la OCDE han implementado diferentes estrategias, dirigidas al aumento de oferta, disminución de la demanda, o a mejorar las salidas de las listas de espera (Monge *et. al.*, 2014; Siciliani *et. al.*, 2013; Cañizares & Santos, 2011, Siciliani & Hurst, 2003; Siciliani *et. al.* 2014; Letelier *et. al.*, 2014; Cano *et. al.*, 2002), la estrategia tradicional y que se usa en nuestro medio es ajustar la oferta de recursos (profesionales, quirófanos, consultas, etc.) a la demanda existente; pero hay evidencias que apuntan en el sentido de que el aumento aislado de recursos no es la solución, ya que el tiempo medio de espera parece disminuir, pero se alarga la lista de espera (Cañizares & Santos, 2011; Caldinhas & Ferrinho, 2013; McAleer & Moore, 1991; Lizán *et. al.*, 2001).

En el HNERM, se han implementado algunas políticas de oferta con respecto al tiempo de espera para cirugía electiva, aunque ninguna que se aplique en el servicio de Odontoestomatología, estas políticas son contrataciones con el sector privado (tercerizaciones), envío de pacientes al exterior, aumento de la productividad mediante la introducción de financiación basada en actividades (RPCT, plan confianza, horas extras), mejora de gestión de lista de espera. No existen directrices para priorizar a los pacientes, ni garantías de tiempo máximo de espera. El Ministerio de Salud (Minsa) enfoca el problema de tiempos de espera para cirugía electiva, también mediante el aumento de la oferta, a través del Plan “Más Salud” (Portal del MINSA, 2016).

En el mismo sentido, en el servicio de Odontoestomatología del HNERM no existen mecanismos de priorización para pacientes que requieren cirugía electiva, los pacientes se programan según criterios implícitos, generalmente según el orden de la

“cola”, tratando de que no caduquen sus exámenes prequirúrgicos, solo se priorizan los pacientes de emergencia. Actualmente, la priorización de las listas de espera constituye una herramienta de gestión, que al implementarse ayudaría a la realización de una planificación de intervenciones con información completa, actualizada y ordenada (Adam *et. al.*, 2010; Allepuz *et. al.*, 2009; Cisneros, 2010 Sánchez Martínez *et. al.*, 2008 en Cañizares & Santos, 2011).

El reporte del sistema de gestión hospitalaria del año 2016 del HNERM, indica que el servicio de Odontoestomatología presentaba un tiempo de espera de 333 días a diciembre de ese año (SGH, 2017). En el presente estudio, el 50% de los encuestados refieren que el tiempo de espera fue superior a 180 días, y el 15.5% aseveran que esperaron más de un año; en el trabajo de investigación de Parés (2013), el tiempo medio de espera de toda su serie de pacientes fue de 139 días; a diferencia de Roque (2017), quien concluye en su estudio que, el tiempo de espera quirúrgica en las intervenciones de cirugía mayor programada es adecuada en un 82.25% (menor a 30 días) e inadecuado en un 3.23% (de 61 a 90 días); Viberg (2013) hace comparaciones entre 12 países de la OCDE sobre tiempos de espera para cirugía electiva de las 2 cirugías más prevalentes, reemplazo total de cadera y cirugía de cataratas; de estos países, Escocia reporta el menor tiempo de espera con 25 días; Portugal es el país que reporta el mayor tiempo de espera, con 86 días. Los resultados probablemente estén vinculados a todas las limitaciones del servicio de Odontoestomatología del HNERM que fueron detallados en el primer capítulo de este trabajo, sumado al hecho de que este servicio no está incluido en ningún programa de desembalse quirúrgico.

En el estudio de Lofvendahl *et. al.* (2005), en el que compara la medición de tiempos de espera desde la perspectiva de los pacientes y del proveedor de servicios, concluye que la mediana de tiempo de espera para la operación informada por los pacientes fue un 67% más larga que la informada por el hospital.

En este estudio, se midió el tiempo de espera para cirugía electiva, a partir de la decisión de tratamiento por el paciente o el familiar de este, que generalmente coincide con la solicitud de exámenes preoperatorios, los resultados obtenidos corresponden a la percepción del tiempo esperado de los encuestados, no se pudo determinar exactamente este tiempo de espera porque en la lista de espera del servicio de Odontoestomatología no se registra la fecha de decisión de tratamiento quirúrgico en

SOP. En algunos trabajos monitorean el tiempo de espera a partir de otros parámetros, como referencia emitida o recibida, consulta con el especialista, inclusión en lista de espera, etc. (Viberg *et. al.*, 2013; Monge *et. al.*, 2014), o miden todas las fases de espera, desde la referencia emitida hasta la intervención quirúrgica, desde el punto de vista del proveedor y del paciente (Lofvendahl *et. al.*, 2005).

Es importante la unificación de este parámetro a nivel nacional, por lo que es necesario que el MINSA lidere el monitoreo nacional de tiempo de espera quirúrgico para cirugía electiva en todos los hospitales públicos del Perú; además, que se instaure un sistema de información sobre las listas de espera que sea público, transparente y comparable con otros países.

Con respecto a la afectación de la calidad de vida por el tiempo de espera, este estudio arroja que el 64,3% manifiesta que hubo un deterioro de su calidad de vida (infecciones, dolor, inflamación, etc.). Similares resultados se observaron en el estudio de Conner *et. al.* (2011), quienes concluyen que el 67% sintió que su calidad de vida empeoró debido a la espera, el 18% informó que permaneció igual y el 5% reportó una mejora. Estos resultados difieren del trabajo de investigación de Parés *et. al.* (2013), que reportaron una afectación de la calidad de vida del 37% de sus pacientes. Los hallazgos con respecto a este punto probablemente estén vinculados a la falta de comunicación con los pacientes durante la espera, está demostrado que la comunicación permanente disminuye la afectación de calidad de vida e influye en la satisfacción del paciente (Fontova *et. al.*, 2015).

En otros trabajos similares, aunque en otras especialidades donde se correlaciona tiempo de espera, afectación de la calidad de vida y expectativas con la satisfacción de los pacientes, se concluye que el grado de insatisfacción está más asociado a las expectativas que al propio tiempo demora (Parés *et. al.*, 2013; Conner *et. al.*, 2011). En este último, además, se menciona la importancia de una percepción de equidad del paciente.

En este estudio se evaluó la afectación de la calidad de vida a partir de criterios clínicos (infecciones, dolor, etc.), en otros estudios similares esta variable se evalúa considerando criterios clínicos y sociales, con ayuda de instrumentos que permiten evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como el EuroQol – 5D (EQ-5D) (Lofvendahl *et. al.*, 2005; Adam *et. al.*, 2010), el cuestionario Short Form 36

(SF-36) (Derrett *et. al.*, 1999; Pérez *et. al.*, 2017), Western Ontario y McMaster (WOMAC) (Kelly *et. al.*, 2001). Otros instrumentos de este tipo son: Quality of Well-Being Scale, el Health Utilities Index o el 15-D.

A pesar que no está dentro de los objetivos de esta investigación, se evaluó que subprocesos de atención presentan mayor tiempo de espera, llegando a la conclusión que el proceso “lapso de tiempo entre la culminación de exámenes preoperatorios y la intervención quirúrgica”, fue el que demora más, probablemente este resultado esté vinculado a las limitaciones que tiene el servicio para realizar intervenciones quirúrgicas en SOP, las cuales fueron detalladas en el primer capítulo; en segundo lugar se encuentra “demora para interconsultas a otros servicios”, que probablemente sea consecuencia del alto diferimiento de citas para los servicios de cardiología, neumología, etc. En el mismo sentido Arias (2018), concluye en su estudio que el factor que determina un mayor tiempo de espera es el administrativo (trámite administrativo, disponibilidad de cama para la hospitalización, disponibilidad de SOP, programación quirúrgica, abastecimiento de insumos).

En lo tocante a la morbilidad de pacientes intervenidos en SOP, el reporte de O’Sullivan & Curzon (1991) en Vargas *et. al.* (2003), indicó que el 76% de los pacientes intervenidos se debió solo a problemas de comportamiento, en este estudio, a pesar de que los pacientes de conducta difícil representaron la mayor parte de los pacientes intervenidos, el porcentaje no llegó al 50% (46.1%). La razón del gran volumen de este tipo de pacientes se debería fundamentalmente a que los CAS nivel II, que cuentan con sala de operaciones, no resuelven la patología de estos pacientes (los cuales generalmente presentan RQ I o II); el otro factor sería la suspensión del procedimiento sedación consciente en Odontopediatria desde el año 2013, mediante el cual se podía realizar el tratamiento de este tipo de pacientes en consultorio externo.

Con respecto a las limitaciones encontradas, se puede señalar en primer lugar que, al hacer una revisión de la literatura, se encontraron estudios internacionales que se enfocan sobre pacientes de servicios de Odontología o Odontoestomatología que reciben tratamiento quirúrgico en sala de operaciones, pero desde el punto de vista del proveedor de servicios (McAleer & Moore, 1991; Forsyth *et. al.*, 2012; Lewis &

Nowak, 2002). Se halló estudios nacionales sobre tiempo de espera para cirugía electiva, pero dirigidos al área de Cirugía General (Díaz & Osada, 2015; Roque, 2017; HNCH, 2013). Sin embargo, solo se han encontrado estudios internacionales sobre percepción de calidad de atención con relación al tiempo de espera para intervención quirúrgica en servicios de Cirugía General, Traumatología, y Urología (Pares *et. al.*, 2013; Conner *et. al.*, 2011, Lofvendahl *et. al.*, 2005; Derrett *et. al.*, 1999; Kelly *et. al.*, 2002). En segundo lugar, los tiempos de espera informados por los pacientes pueden ser inciertos en algunos casos. Se ha expresado preocupación sobre el sesgo de recuerdo del paciente al usar encuestas autorreportadas (Kelly *et. al.* 2002). Sin embargo, un estudio de pacientes con reemplazo de rodilla comparó el tiempo de espera informado por el paciente con el registro médico y no encontró una relación sistemática entre el tiempo transcurrido desde la operación y la precisión de la memoria del paciente (Hawker *et. al.*, en Lofvendahl *et. al.*, 2005).

Por último, a pesar que el instrumento fue administrado por el propio investigador, se considera que el sesgo en los resultados de este estudio es mínimo, debido a que la mayoría de encuestados fueron padres de familia de los pacientes pediátricos, que no conocían al investigador, porque este labora en el área de adultos del servicio de Odontología del HNERM (el 85% de pacientes intervenidos en sala de operaciones el año 2016 fueron niños), y tampoco conocía a la totalidad de pacientes adultos intervenidos en centro quirúrgico, porque hay rotación aleatoria de los pacientes entre los asistentes del servicio.

CONCLUSIONES

El presente estudio buscó determinar la relación entre el tiempo de espera para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones y calidad de atención en pacientes del servicio de Odontoestomatología del HNERM, las conclusiones de este estudio son las siguientes:

En relación al objetivo general:

Existe relación inversa entre el tiempo de espera para la atención y la percepción de la calidad de atención en pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que fueron intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva, durante al año 2016.

En relación al objetivo específico uno:

El grado de satisfacción de los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología, intervenidos en sala de operaciones bajo la modalidad de cirugía electiva el año 2016 es del 44%, y el grado de insatisfacción es del 56%.

En relación al objetivo específico dos:

El tiempo de espera mayor a 180 días para tratamiento quirúrgico en sala de operaciones se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, asimismo, los pacientes que están más de 180 días en tiempo de espera tienen 2.6 veces más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción en relación a los pacientes con tiempo de espera menor de 180 días.

En relación al objetivo específico tres:

La afectación de la calidad de vida se relaciona con insatisfacción en los pacientes (o familiares) del servicio de Odontoestomatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, asimismo los pacientes afectados presentan 3,4 veces más posibilidad de ocurrencia de insatisfacción en relación a los no afectados.

En relación al objetivo específico cuatro:

Los pacientes (o familiares) con afectación de su calidad de vida presentan 3,3 más posibilidad de insatisfacción respecto a los pacientes (o familiares) con más de 180 días de tiempo de espera, los cuales presentan 2.5 posibilidades de ocurrencia de insatisfacción.

RECOMENDACIONES

1. Detectar las expectativas del paciente (o familiar) que requiere cirugía electiva, al inicio del proceso, informarle desde el inicio las limitaciones del servicio con respecto al número de camas y turnos quirúrgicos, y sobre la posibilidad de afectación de su calidad de vida durante la espera. Los pacientes, cada vez más, se preocupan por cómo promover su salud, por lo que estarían ansiosos de conocer más sobre los servicios de salud, y aumentar la comprensión de la prevención y el control de sus enfermedades.
2. En vista de que, en este estudio, se concluyó que el grado de insatisfacción de los pacientes (o familiares) está asociado, sobre todo, a la afectación de la calidad de vida, más que al propio tiempo de demora, se recomienda una comunicación permanente con ellos; se debe establecer estrategias de información y control clínico durante la espera para que el paciente no tenga sensación de abandono; y, a la vez, controlar la presencia de síntomas clínicos de alteraciones de la calidad de vida que pueden suponer un adelanto de la cirugía.
3. Gestionar políticas de oferta para el servicio de Odontología, dirigidas al incremento de turnos en sala de operaciones, inclusión del servicio en programas de desembalse quirúrgico (plan confianza, daño resuelto, RPCT, etc), asignación de camas, implementar el procedimiento de sedación consciente para pacientes de conducta difícil en Odontología pediátrica, etc.
4. Desarrollar un sistema de priorización para los pacientes que requieren intervención quirúrgica, bajo la modalidad de cirugía electiva, en base a criterios explícitos, como gravedad de la enfermedad, dolor, probabilidad de recuperación, limitación de las actividades diarias, limitación para trabajar, tener alguna persona que le cuide, tener alguna persona a su cargo, etc.; además debe estar centrado en oportunidad, justicia, y equidad.

5. Sincerar los datos de tiempo y lista de espera quirúrgicos del servicio de Odontología, en el “portal web lista de oportunidad quirúrgica” del HNERM, mediante el correcto llenado del formato para el registro del paciente con indicación quirúrgica, inmediatamente el paciente concluya sus exámenes preoperatorios; de esta manera se entenderá la real situación del servicio con respecto a otras especialidades que pertenecen a la Gerencia Quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adam, P. Alomar, S. Espallargues, M. Herdman, M. Sanz, L. Solà-Morales, O. Tebé, C. (2010). Priorización entre procedimientos quirúrgicos electivos con lista de espera del sistema sanitario público en Catalunya. *Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud, Generalitat de Catalunya*. Recuperado el 1 de abril del 2018, desde: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2010/pdf/priorizacion_proc_listasespera_aiaqs2010es.pdf.
2. Allepuz, A. Espallargues, M. Martínez, O. (2009). Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 24(5):185–191.
3. Anderson, R. (1973). Consumer Dissatisfaction: The Effect of Disconfirmed Expectancy on Perceived Product Performance. *Journal of Marketitig Research*, Vol. 10: 38-44.
4. Arce, C. (2003). Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Revista de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social*. Vol.11(2).
5. Arias, J. (2018). *Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017*. Tesis de Maestría, Escuela de Postgrado, Universidad Cesar Vallejo; Lima, Perú.
6. Arnesen, K. Erikssen, J. Stavem, K. (2002). Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. *Health Policy*. Vol. 62 (3): 329-41.
7. Bellenzier, M. Gonzales, E. (2011). Satisfacción usuaria en dos centros hospitalarios de caaguazú durante el segundo semestre del año 2010. *Revista Eureka*. Vol. 8 (2).
8. Bernal, E. (2002). ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gaceta Sanitaria*. Vol. 16 (5): 436-39.

9. Bernardini, D. Bardachb, A. Barengoc, N. Macías, J. (2008). El problema de las listas de espera. Percepción en adultos mayores del medio urbano. *Revista de Atención Primaria*. Vol. 40(10):534-35.
10. BID. (2016) - Banco Interamericano de Desarrollo. *Listas de Espera: Un mecanismo de priorización del gasto en salud*. (1ª. Ed.). Colombia: BID.
11. Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*. Vol. 30 (1): 8-32.
12. Cabello, E., Chirinos, J. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*. Vol. 23(2):88-95.
13. Caldinhas, P. Ferrinho, P. (2013). Cirurgia de ambulatorio e a espera para cirurgia eletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 16(2): 314-27.
14. Camisón, C. & Cruz, S. & Gonzales, T. (2006). *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. (1ª. ed.). Madrid: PEARSON EDUCACIÓN.
15. Cano, J. Medina, E. Custardoy, J. Pineda, M. Orozco, D, Quirce, F. (2002). Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Journal Atención Primaria*. 30 (9): 549-555.
16. Cañizares, A. Santos, A. (2011). Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis. *Fundación alternativas*. Recuperado el 1 de mayo del 2018, desde: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf.
17. Carranza, C. (2009). *Calidad de servicio de la consulta externa del servicio de especialidades médicas del departamento de medicina desde la percepción del usuario externo Hospital III Chimbote ESSALUD 2007*. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia; Lima, Perú.
18. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN (2015). *Perú 2021: País OCDE*. (2da. Ed.). Lima: Bio Partners SAC.
19. Cisneros, M. (2010). *Priorización de Listas de Espera de Cirugía para la Gestión de Pabellones Quirúrgicos del Hospital Pediátrico Dr. Exequiel Gonzales Cortes*. Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile; Santiago de Chile, Chile.

20. Conner-Spady, B. Sanmartin, C. Johnston, G. McGurran, J. Kehler, M. Noseworthy, T. (2011). The importance of patient expectations as a determinant of satisfaction with waiting times for hip and knee replacement surgery. *Health Policy*. Vol. 101: 245-52.
21. Coronado, R. Cruz, E. Macías, S. Arellano, A. Nava, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. Vol. 25 (1): 26-33.
22. Departamento de Anestesiología HNERM (2017). *Distribución de Servicios Quirúrgicos en sala de Operaciones HNERM*. Lima. HNERM – EsSalud.
23. Derrett, S. Paul, C. Morris, J. (1999). Waiting for elective surgery: effects on health-related quality of life. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 11 (1): 47-57.
24. Díaz, A. Osada, J. (2015). Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol. 32 (1): 204.
25. Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 17 (1):22-9.
26. ENSSA - EsSALUD (2015). *Mapas de Principales Indicadores de Acceso a la Salud y Prestaciones Económicas de la Población Asegurada en EsSalud, por Redes Asistenciales*. Lima: EsSalud.
27. EsSalud (2009). Directiva N° 03 - Gerencia Central de Prestaciones de Salud GCPS. *Norma técnica para la admisión y programación de las intervenciones quirúrgicas en los Hospitales e Institutos del Seguro Social – EsSalud*. Lima. EsSalud.
28. EsSalud (2012). *Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016*. Lima. EsSalud.
29. EsSalud (2012). *Informe de Gestión – 2012*. Lima. EsSalud.
30. EsSalud (2015). *Directiva GG-EsSalud-2015 “Normas para la gestión de la oportunidad quirúrgica en el seguro social de salud – EsSalud”*. Lima. EsSalud.
31. EsSalud (2018). *Memoria Anual 2016 del Seguro Social de Salud – EsSalud*. Lima. EsSalud.
32. Fontova, A. Juvinjá, D. Suñer, R. (2015). Influencia del Tiempo de Espera en la Satisfacción de Pacientes y acompañantes. *Revista Calidad Asistencial*. 30 (1): 10-16.

33. Forsyth, A. Seminario, A. Scott, J. Berg, J. Ivanova, I. Lee, H. (2012). General Anesthesia Time for Pediatric Dental Cases. *Pediatric Dentistry*. Vol 34 (5): 129–135.
34. Fundació Grifols. (2009). *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?* (1ª. Ed.). Barcelona: Fundació Victor Grifols i Luca.
35. Gallego, I. (2016). *Estudio de las líneas de espera de pacientes en un Centro Medico*. Trabajo de fin de Grado en Administración y Dirección de Empresas, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.
36. García, R. & Gálvez, N. (2016). Calidad de Atención asociada a la Satisfacción del Usuario Externo en los establecimientos Asistenciales de Salud: MINSA–EsSalud, Chongoyape - Perú. *Revista Tzhoecoen*. Vol. 8 (02)
37. Garvin, D. (1988) *Managing Quality. The strategic and competitive edge*. New York. The Free Press.
38. Gerencia Quirúrgica HNERM (2018). *Portal Web Lista de Oportunidad Quirúrgica HNERM*. Lima. HNERM – EsSalud.
39. Gómez, J. (2010). “*Calidad total y recursos humanos*” *Un estudio sobre la gestión de la calidad total y los recursos humanos en la industria hotelera de la provincia de Salta*. Tesis de Maestría, Escuela de Negocios, Universidad Católica de Salta, Salta, Argentina.
40. Hernández, R. & Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª. ed.). México: Mc Graw-Hill.
41. Hospital Nacional Cayetano Heredia – HNCH (2013). *Proyecto de Calidad: mejorando el acceso del usuario externo para las cirugías electivas ambulatorias (UCMA) del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Lima. HNCH.
42. HNERM-I/II (2016), Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno. *Estudio de Satisfacción del Usuario Externo en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia en el HNERM – I y II Semestre 2016*. Lima: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
43. Ibarra, L. Espinoza, B. Casas, B. (2014). Aplicación del modelo Servqual para evaluar la calidad en el servicio en los hospitales públicos de Hermosillo, Sonora. *Revista Tecnociencia Chihuahua*. Vol. 8(2): 98-108.

44. Infantes, F. (2017). Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. Vol. 2 (2): 133-9.
45. INSP-Instituto Nacional de Salud Pública (2011). *Tiempos de Espera y Productividad en Rastreadores Clínicos Seleccionados en Hospitales del Sector Público*. Morelos: México, Centro de Investigación en Sistemas de Salud
46. James, P. (1997). *La gestión de la calidad total, un texto introductorio*. (1ª. ed.). España: Prentice Hall.
47. Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública*. Vol. 30 (1).
48. Julio, C. Wolff, P. Vegoña, M. (2016). Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Rev Med Chile*. Vol. 144: 787-94.
49. Kelly, K. Voaklander, D. Johnston, W. Suarez-Almazor, M. (2002). Equity in waiting times for major joint arthroplasty. *Canadian Journal Surgery*. Vol. 45 (4): 269-76
50. Letelier A., Cifuentes C. Situación y abordaje de lista de espera en un establecimiento de salud público en Santiago de Chile. (2014). *Revista electrónica Medwave*. Recuperado el 25 de mayo del 2017, desde: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/6000>.
51. Levitt J., McGoldrick P., Evans D., Mason A. (1999). Sedation is not the only answer. *Brit Dent J* 186:487-8.
52. Lewis, C. Nowak, A. (2002). Stretching the safety net too far: waiting times for dental treatment. *Pediatric Dentistry*. 24(1): 6-10.
53. Lizán, M. J. Planchuelo, J. Lizán, L. Garbizu, I. (2001). Evaluación de un programa de reducción de las listas de espera quirúrgicas basado en la derivación de pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 16 (3): 195-98.
54. Lofvendalh, S. Eckerlund, I. Hansagi, H. Malmqvist, B. Resch, S. Hanning, M. (2005). Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinión. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 17 (2): 133-40.

55. Losada, M, Rodríguez, A. (2007). Calidad del Servicio de Salud: Una revisión de la literatura desde el punto de vista del marketing. *Revista Cuadernos de Administración*. 20 (34): 237-258.
56. McAleer, E., Moore, A. (1991). Decreasing oral surgery waiting lists: using day beds. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 4 (5): 6-10.
57. Mendoza, M. (2016). *Nivel de satisfacción de los usuarios de consultorios externos de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo en diciembre del 2015*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
58. Minsa (2012). *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo*. Lima. Minsa.
59. Minsa Chile. (2010). *Minuta: la Administración de las Listas de Espera en Salud*. Santiago: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
60. Ministerio de Salud. (2008). *Norma Técnica: Registro y Gestión de información de espera de atenciones de Salud*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
61. Miraa, J. Rodríguez-Marína, J. Pesetb, R. Ybarrab, J. Pérez-Jovera, V. Palazón, I. Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 17(5):273-83.
62. Miranda, F. & Chamorro, A. & Rubio, S. (2007). *Introducción a la gestión de la calidad*. (1ª. ed.). Madrid: Publicaciones Delta.
63. Moliner, B. (2003). *La formación de la satisfacción / insatisfacción del consumidor y del comportamiento de queja: aplicación al ámbito de los restaurantes*. (Tesis Doctoral). Recuperado de: <http://roderic.uv.es/handle/10550/15171>.
64. Monge, A. Murillo, G. Calderón, A. Vega, A. Aguilar, A. (2014). Listas de espera. *Acta Médica Costarricense*. Vol. 56 (2) 71-77.
65. Moya, M. (2005). *Aplicación de un Modelo de Simulación a la Gestión de las Listas de Espera de Consultas Externas de Cirugía de un Hospital Comarcal*. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, España.
66. Muñiz, E. Soto, A. López, A. Orellana, M. Vinent, L. (2013). Hipnosis como complemento en la cirugía oral del adulto mayor. *Revista Cubana Estomatologica*. Vol. 50 (1).

67. Ninamango, W. (2014). *Percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
68. Oficina de Referencias y Contrarreferencias HNERM (2017). *Referencias enviadas al Servicio de Odontología del HNERM - 2016*. Lima. HNERM – EsSalud.
69. Oliver, R. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. Vol. 17: 460-9.
70. Ortiz, P. (2014). *Nivel de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en los servicios de salud según encuesta servqual, en la micro red villachorillos en el año 2014*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
71. Palacios, J. (2014). Revisión y crítica del papel de las expectativas en las escalas para medir la calidad percibida del servicio. *Methaodos revista de ciencias sociales*. 2 (1): 59-71.
72. Pares, D. Duran, E. Hermoso, J. Comajuncosas, J. Gris, P. Lopez-Negre, J. Urgellés, J. Orbeal, R. Vallverdú, R. Jimeno, J, (2013). Lista de espera en Cirugía General y Digestiva: expectativas del paciente, calidad de vida durante la espera y grado de satisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*. 28 (5): 300-6.
73. Pérez, S. Gascón, J. Salmerón, D. Parra, P. Monteagudo, O. (2017). Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 31 (5): 416-22.
74. Portal de EsSalud (2016). *EsSalud implementa medidas para reducir tiempo de espera en citas, cirugías y atenciones en emergencias*. Recuperado el 9 de octubre del 2017, desde: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-implementa-medidas-para-reducir-tiempo-de-espera-en-citas-cirugias-y-atenciones-en-emergencias/>
75. Portal del MINSA (2016). *Ministerio de Salud realizará 2,000 cirugías ambulatorias para reducir tiempo de espera quirúrgico en hospitales de Lima Metropolitana*. Recuperado el 12 de julio del 2018, desde: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=17179>

76. Rodrigo, I. Gabilondo, L. (2007). Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*. 22(4):168-79.
77. Rodríguez, S. Rodríguez, A. Tejera, M. Davila, D. (2005). Satisfacción del consumidor: modelos explicativos. *Revista estudios de economía aplicada*. Recuperado de <http://www.asepelt.org/ficheros/File/Anales/2005%20%20Badajoz/comunicaciones/satisfacci%F3n%20del%20consumidor.pdf>.
78. Roque, S. (2017). *Evaluación del tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional de Moquegua 2016*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, EAP de Enfermería, Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua, Perú.
79. Ruíz, M. y Palací, F. (2011). Variables Cognitivas y Psicología del Consumidor. El modelo de la confirmación de expectativas en la actualidad. *Boletín de Psicología*. N° 103: 61-73.
80. Santiñaá, M. Prata, A. Martínez, G. Quintó, L. Trillaa, A. Asenjoa, M. (2004). Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Revista Calidad Asistencial*. Vol. 19(4): 238-42.
81. Seclen, J. (2004). *Satisfacción de usuarios de servicios de salud del MINSA: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados (Perú-ENNIV 2000)*. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
82. Shimabuku, R., Huicho, L., Fernandez, D., Nakachi, G., Maldonado, R., Barrientos, A. (2012). Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Vol. 29 (4):483-89.
83. Shortt, S. Shaw, R. (2003). Equity in Canadian health care: Does socioeconomic status affect waiting times for elective surgery?. *Canadian Medical Association or its licensors (CMAJ)*. Vol. 168 (4): 413-16.
84. Siciliani, L. & Hurst, J. (2003). *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*. (1ª. Ed.). France: Head of Publications Service OECD.

85. Siciliani, L. Moran, V. Borowitz, M. (2014). Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health policy*. Vol. 118 (3): 292-303.
86. Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*. Paris. OECD Publishing.
87. SGH - Sistema de Gestión Hospitalaria (2017). *Análisis Estadístico del Sistema de Gestión Hospitalaria*. Lima. HNERM – EsSalud.
88. Suarez, R. (2015). *El nivel de calidad de servicio de un centro de idiomas aplicando el modelo SERVQUAL caso: Centro de idiomas de la Universidad del Callao periodo 2011 – 2012*. Tesis Maestría en Administración con mención en Mercadotecnia. UNMSM, Lima, Perú.
89. Universidad TecVirtual del Sistema Tecnológico. (2012). *Aplicación del instrumento Servqual y su interpretación*. México-Monterrey: Universidad TecVirtual del Sistema Tecnológico.
90. Vargas, M. Rodríguez, S. Machuca, G. (2003). Tratamiento odontológico bajo anestesia general: ¿un procedimiento útil en el tercer milenio? (I). *Medicina Oral*. 8:129-35.
91. Vélez, A. Machuca, C. (1996). Tratamiento de pacientes especiales bajo anestesia general. La sedación en Odontología. En: Bullón P, Machuca G, Editores. *La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos* (pp. 109-47) Madrid: Torreángulo.
92. Viberg, N. Forsberg, B. Borowitz, M. Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care-limitations and prospects. *Health Policy*. 112:53-61.
93. Willcox, S. Seddon, M. Dunn, S. Tudor, R., Pearse, J. Tu, J. (2007). Medición y reducción de los tiempos de espera: una comparación transnacional de las estrategias. *Health Affairs* 26. Vol. 4: 1078–1087.
94. Yu, T. Guann, C. (2009). Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 21(3): 206–13.
95. Zeithaml, V. Parasuraman, A. Berry, L. (2008). *Calidad total en la Gestión de Servicios*. Madrid: Diaz de Santos. (año de publicación de libro original; 1998).

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

Yo (iniciales)..... Edad..... He leído la hoja de información que me ha entregado el investigador, he podido hacer preguntas sobre el estudio, las cuales han sido respondidas; además he recibido suficiente información sobre el estudio y sus propósitos, comprendo que mi participación es voluntaria y anónima. He sido informado además que tendré que responder un cuestionario para evaluar Tiempo de espera y Calidad de Atención. Por tanto, presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación: **RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ESPERA PARA ATENCIÓN Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN, EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HNERM QUE FUERON INTERVENIDOS EN SALA DE OPERACIONES DURANTE EL AÑO 2016.**

Además, comprendí que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Fecha:

.....
Firma del Participante

Investigador: Alejandro Arturo Gutiérrez Patiño-Paul

Anexo 2: Medición de la Calidad de Atención en el Servicio de Odontología del HNERM

N° de Encuesta: **Hora de inicio del llenado de encuesta:**

Fecha: Día Mes Año

Buenos días, estamos haciendo una encuesta a los pacientes o Familiares de pacientes del Servicio de Odontología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) que fueron intervenidos en sala de operaciones durante el año 2016, sus respuestas serán anónimas y confidenciales y servirán para mejorar la calidad de atención del Servicio de Odontología, para ello, pedimos su colaboración contestando con sinceridad a las preguntas que le haremos a continuación, le agradecemos por anticipado su colaboración.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

PR 01. Relación del encuestado con el/la Paciente: 1. Paciente () 2. Madre ()
3. Padre () 4. Tío/a () 5. Abuelo/a () 6. Otro ()

PR 01^a. Si marcó otro, especifique:

PR 02. Sexo del encuestado: 1. Hombre () 2. Mujer ()

PR 03. Edad del encuestado en años cumplidos:

PR 04. Grado de Instrucción: 0. Analfabeto () 1. Primaria Incompleta ()
2. Primaria Completa () 3. Secundaria Incompleta () 4. Secundaria Completa ()
5. Superior Técnica Incompleta () 6. Superior Técnica Completa ()
7. Superior Universitaria Incompleta () 8. Superior Universitaria Completa ()

PR 05. Ocupación: 0. Desempleado () 1. Ama de Casa ()
2. Independiente () 3. Obrero () 4. Empleado () 5. Otro ()

PR 05^a. Si marcó otro, especifique:

PR 06. Ingreso Familiar mensual (aproximadamente): 1. Menos de S/. 850.00 ()
2. De S/. 851 a 1,000.00 () 3. De S/. 1,001 a 1,500.00 ()
4. De S/. 1,501 a 2,000.00 () 5. Más de S/. 2,000.00 ()

PR 07. Zona de Residencia: 0. Urbano () 1. Urbano Marginal ()
2. Rural ()

PR 08. Lugar de Residencia: 1. Lima () 2. Otro ()

PR 08^a. Si marcó otro, especifique:

PR 09. Tipo de Seguro: 1. Seguro regular () 2. Seguro potestativo ()
3. Seguro independiente () 4. Otro ()

PR 09^a. Si marcó otro especifique:

PR 10. Medio de Transporte para llegar al Hospital: 0. A pie ()
1. Transporte Publico () 2. Vehículo Particular ()

Los enunciados que se presentan a continuación son opiniones, acerca de lo que las personas creen que son importantes o no, voy a solicitarle que indique por favor, qué tan importantes cree usted que son las siguientes afirmaciones:

		EXPECTATIVAS	1. Sin ninguna importancia	2. Poco importante	3. importante	4. Muy importante	5. Totalmente importante
PR 11	E1	El Servicio de Odontoesmatología debería tener los instrumentos, equipos y aparatos necesarios					
PR 12	E2	El ambiente del Servicio de Odontoestomatología debería ser agradable, estar limpio y ordenado					
PR 13	E3	Todos los que trabajan en el Servicio de Odontoestomatología deberían estar limpios y presentables					
PR 14	E4	Un buen Servicio de Odontoestomatología debería tener letreros y señales					
PR 15	E5	Un buen Servicio de Odontoestomatología debería cumplir con lo que ofrece					
PR 16	E6	Un buen Servicio de Odontoestomatología debería cumplir con el horario establecido					
PR 17	E7	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían atender al Paciente en el momento en que lo necesite					
PR 18	E8	un buen Servicio de Odontoestomatología debería contar con los materiales necesarios					
PR 19	E9	En un buen Servicio de Odontoestomatología la atención de los Pacientes debería ser rápida y oportuna					
PR 20	E10	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían responder rápidamente a los pedidos y preocupaciones de los Pacientes					
PR 21	E11	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían estar dispuestos a ayudar a los Pacientes					
PR 22	E12	Los Pacientes deberían sentir que pueden confiar en los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología					
PR 23	E13	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían conocer lo necesario para informar y orientar a los Pacientes					
PR 24	E14	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían ser amables y atentos					
PR 25	E15	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían apoyarse entre compañeros para dar la mejor atención posible					
PR 26	E16	Los trabajadores de un buen Servicio de Odontoestomatología deberían ser capaces de atender a cada Paciente según su situación y características particulares					
PR 27	E17	En un buen Servicio de Odontoestomatología se debería pensar primero en el Paciente					

Los enunciados que se presentan a continuación son opiniones, con las que algunas personas están de acuerdo o no, voy a solicitarle que indique por favor qué tan de acuerdo está usted con las siguientes afirmaciones:

		PERCEPCIONES	1. En total desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Indiferente	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
PR 28	P1	El Servicio de Odontoestomatología tiene los instrumentos, equipos y aparatos necesarios					
PR 29	P2	El Servicio de Odontoestomatología es agradable, limpio y ordenado					
PR 30	P3	Todos los que trabajan en el Servicio de Odontoestomatología están limpios y presentables					
PR 31	P4	En el Servicio de Odontoestomatología es fácil identificar letreros y señales que orientan al Paciente					
PR 32	P5	El Servicio de Odontoestomatología cumple con lo que ofrece					
PR 33	P6	El Servicio de Odontoestomatología cumple con el horario establecido					
PR 34	P7	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología atienden al Paciente en el momento en que lo necesita					
PR 35	P8	El Servicio de Odontoestomatología cuenta con los materiales necesarios					
PR 36	P9	El Personal del Servicio de Odontoestomatología atiende a los Pacientes en forma rápida y oportuna					
PR 37	P10	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología responden rápidamente a los pedidos y preocupaciones de los Pacientes					
PR 38	P11	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología están dispuestos a ayudar a los Pacientes					
PR 39	P12	Los Pacientes sienten confianza en los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología					
PR 40	P13	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología conocen lo necesario para informar y orientar a los Pacientes					
PR 41	P14	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología son amables y atentos					
PR 42	P15	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología se ayudan entre compañeros para dar la mejor atención posible					
PR 43	P16	Los trabajadores del Servicio de Odontoestomatología son capaces de atender a cada Paciente según su situación y características particulares					
PR 44	P17	En el Servicio de Odontoestomatología se piensa primero en el Paciente					

Anexo 3: Operacionalización de Variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías o valores	Criterios para definir los valores finales	Instrumentos y procedimientos de medición.
Tiempo de espera	Tiempo que transcurre entre la decisión del tratamiento quirúrgico y la atención quirúrgica en sala de operaciones, de los pacientes del servicio de Odontología.	Cuantitativa Independiente	Razón	- Tiempo Adecuado - Tiempo Prolongado	- Tiempo Adecuado: menor a 180 días. - Tiempo Prolongado: mayor a 180 días.	Encuesta
Afectación de la Calidad de Vida	Afectación percibida por el paciente o familiares durante el tiempo de espera, debido a síntomas clínicos de la enfermedad por la que se tenía que intervenir quirúrgicamente.	Cualitativa Independiente	Nominal	- Si - No	- Si: Paciente o familiar percibe afectación de calidad de vida. - No: Paciente o familiar no percibe afectación de calidad de vida.	Encuesta
Dimensiones de la Escala SERVQUAL	- <i>Fiabilidad</i> : Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido. - <i>Capacidad de Respuesta</i> : Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno. - <i>Seguridad</i> : Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud. - <i>Empatía</i> : Capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona. - <i>Aspectos Tangibles</i> : Aspectos físicos que el usuario percibe de la institución.	Cualitativa Independiente	Nominal	- Satisfechos - Insatisfechos	- Satisfechos: P-E= 0 o 1 - Insatisfechos: P-E= -1	Encuesta SERVQUAL modificada
Calidad de Atención	Referida a satisfacción global percibida por los usuarios externos, resulta de la diferencia entre las percepciones y expectativas de las dimensiones de la escala SERVQUAL.	Cualitativa Dependiente	Nominal	- Satisfechos (Global) - Insatisfechos (Global)	- Satisfechos (Global): P-E= 0 o 1 - Insatisfechos (Global): PE= -1	Grado de Satisfacción Global, según escala SERVQUAL