

UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

ESCUELA DE POST GRADO

**MAESTRÍA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA Y
GERENCIA EDUCATIVA**



TESIS

**Para Optar el Grado de Magister con mención en Docencia Universitaria y
Gerencia Educativa**

**NIVEL DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES RESPECTO AL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD JOSE
OLAYA – CHICLAYO - 2014.**

AUTORA:

OBST. CLARA ROSA PASCO TAPIA

ASESORA:

Dra. MARÌA SOFIA TAMAYO PALACIOS

CHICLAYO – 2015

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

**NIVEL DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES RESPECTO AL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA –
CHICLAYO -2014.**

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster con Mención
en Docencia Universitaria e Investigación Educativa.

OBST. CLARA ROSA PASCO TAPIA

AUTORA

Dra. MARIA SOFIA TAMAYO PALACIOS

ASESORA

Aprobado por el siguiente jurado:

Dra.Asunción Glenney Pereira
PRESIDENTA

Mg.Juan Delgado Alvarado
SECRETARIO

Dra.Flor Obregón Vara
VOCAL

2015

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A mi señor Dios, a quien le debo todo lo que soy, y le pido todos los días ser un instrumento de bien en sus manos.

A mi familia grande; mi madre Icha, mi papi Segundo y mi papá Pepe, gracias por su inmenso amor.

A mis queridos hermanos; Toño, Javi, Claudia y Elisa, Rocio, Bárbara, Claudia y Pepito.

A mi familia chiquita; Yvan, el amor de mi vida, Nicole y Dariana mis adoradas hijas regalo preciado que Dios me dio.

A mis tres abuelas; Juana Rosa, Delia Rosa y Clara Mercedes, quienes forjaron buenos hijos y por ende buenos padres para mí.

A mi querida tía Betty, quien supo estar a mi lado en los momentos que más la necesite.

CLARA ROSA

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

A, Dios por su inmensa bondad e infinito amor, por mantener unida a mi familia.

A mi asesora de tesis, Dra. Sofía Tamayo Palacios, quien en todo momento me motivó para la conclusión de mi tesis, haciéndome recordar a una madre que impulsa a sus hijos hacia adelante

CLARA ROSA

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos del sistema de salud en el Perú, es mejorar la calidad de la atención, y en los últimos años las instituciones del sector salud han centrado su interés en este tema.

En términos de la evaluación de la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es uno de los aspectos muy importantes que debe tomarse en cuenta como parte sustantiva de la atención, considerándola como una forma de evaluar los servicios otorgados y como una estrategia para mejorar su planeación y organización.

De acuerdo con Deming, la calidad significa dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario, enfocándose siempre en la mejora continua del servicio.

Por otro lado, Donabedian propone para la atención a la salud, la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, donde el usuario sea el árbitro final de la calidad y sea quien decida si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas.

En ese sentido el problema de investigación asumía el siguiente problema: ¿Nivel de Satisfacción de las pacientes respecto al servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo – 2014? , para el cual se tuvo como objetivo general determinar el nivel de satisfacción de las pacientes y respecto al servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo - 2014.

Los aspectos teóricos que respaldaron el trabajo científico fueron las teorías de la Satisfacción del Cliente según Philip Kotler, teoría de Control de la Calidad según Kaoru Ishikawa, y la teoría de la Calidad de Edward Deming,

metodológicamente la investigación fue de tipo Descriptiva – Explicativa y se usó el diseño también con la misma característica.

Por lo tanto, todos estos aspectos mencionados concisamente, se exponen de manera organizada en el presente informe final de investigación que dicho sea de paso responde al esquema oficial de la Escuela de Post Grado de la Universidad Particular de Chiclayo, en ese sentido el presente trabajo de investigación se ha estructurado de la siguiente manera:

CAPÍTULO I, PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, en el que se expone el planteamiento del problema, en un contexto y espacio determinado, la formulación del mismo, justificación de la investigación; así como su, antecedentes y objetivos (general y específicos).

CAPÍTULO II, EL MARCO TEÓRICO, referido a los fundamentos teóricos de la investigación mediante la presentación de las teorías y el marco conceptual que sustenta a las variables de estudio.

CAPÍTULO III, EN EL MARCO METODOLÓGICO, se presenta la hipótesis y sus la definición conceptual y operacional de las variables, el tipo de estudio y diseño correspondiente, la población y muestra participante; así como los métodos, técnicas e instrumentos de investigación y métodos de análisis de datos que se emplearon en la misma.

CAPÍTULO IV, LOS RESULTADOS, donde se expone la descripción y discusión de resultados que justifican los logros obtenidos en la investigación que dieron cumplimiento a los objetivos de la misma y contrastación de la hipótesis asumida, a partir de la recolección de datos realizada.

De otro lado se exponen las conclusiones y recomendaciones asumidas y admitidas respectivamente en la investigación. Así también se presentan las referencias bibliográficas consultadas y utilizadas, además de los anexos elaborados y obtenidos en el trabajo investigativo.

LA AUTORA

RESUMEN

RESUMEN

En la investigación realizada se determinó que era relevante y conveniente investigar: **NIVEL DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES RESPECTO AL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA – CHICLAYO -2014.**

La hipótesis planteada asumía que existe una relación significativa entre la satisfacción de las pacientes respecto al servicio de obstetricia en el centro de salud José Olaya. – Chiclayo 2014.

El trabajo científico fue respaldado por los aportes de teorías de la Satisfacción del Cliente según Philip kotler, teoría de Control de la Calidad según kaoru Ishikawa, y la teoría de la Calidad de Edward Deming, metodológicamente la investigación fue de tipo Descriptiva – Explicativo y se usó el diseño también con la misma característica.

Dentro de las más importantes conclusiones se señala que; se encontró una relación significativa entre el nivel de satisfacción de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya, con o sin afiliación al Seguro Integral de Salud.

LA AUTORA

INDICE DE CONTENIDOS

NIVEL DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES RESPECTO AL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA – CHICLAYO - 2014.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
INTRODUCCIÓN	viii
RESUMEN	xii
ÍNDICE	xiv

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA:	19
1.1.1. Descripción de la Realidad problemática	19
1.1.1.1. A Nivel Internacional.	19
1.1.1.2. A Nivel Nacional	20
1.1.1.3. A Nivel Regional	21
1.1.1.4. A Nivel Local	22
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	23
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	24
1.3.1. Problema General	24
1.3.2. Problemas Específicos	24
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:	24
1.4.1. Justificación Científica	24
1.4.2. Justificación Social	25
1.4.3. Justificación Personal	25
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
1.5.1. Objetivo General:	26
1.5.2. Objetivos Específicos	26

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO - CIENTÍFICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	28
2.2. BASE TEÓRICA - CIENTÍFICA	34
2.2.1. TEORÍAS	34
2.2.1.1. Teoría de la Satisfacción del Cliente según Philip kotler.	34
2.2.1.2. Teoría de Control de la Calidad según Kaoru Ishikawa	35
2.2.1.3. Teoría de la Calidad de Edward Deming	36
2.2.2. NIVEL DE SATISFACCIÓN	37
2.2.2.1. Definiciones de satisfacción	37
2.2.2.2. Beneficios de Lograr la satisfacción del Cliente	45
2.2.2.3. Satisfacción del Cliente Versus Rentabilidad	46
2.2.2.4. Características de los Servicios.	49
2.2.2.5. Proceso de Gestión de Atención al cliente.	52
2.2.2.6. Características importantes al brindar un servicio de atención al cliente:	54
2.2.2.7. Componentes básicos para brindar un buen Servicio de Atención al Cliente:	55
2.2.2.8. Medición y Análisis de la Satisfacción al Cliente.	59
2.2.2.9. Calidad desde la óptica de Satisfacción al Cliente.	62
2.2.2.10. Atención al cliente según requisito de la norma ISO 9001:2000	63
2.2.2.11. Determinación de los requisitos relacionados con el producto	64
2.2.2.12. Revisión de los requisitos relacionados con el producto	64
2.2.2.13. Comunicación con el cliente	64
2.2.2.14. Principios Básicos de la Gestión de la calidad. (ISO 9001:2000)	65

2.2.3. SERVICIO DE OBSTETRICIA	68
2.2.3.1. Concepto	68
2.2.3.2. Origen de la Obstetricia	68
2.2.3.2.1. Periodo Preobstetrico: El Parto Solitario.	69
2.2.3.2.2. Obstetricia Primitiva:	70
2.2.3.2.3. Obstetricia Antigua:	70
2.2.3.2.4. La Obstetricia Medieval:	73
2.2.3.2.5. La Obstetricia Moderna:	76
2.2.3.2.6. Técnica de realizar la operación Cesárea Post Mortem.	85
2.2.3.2.7. Obstetricia Contemporánea	87
2.2.3.2.8. Obstetricia en el Siglo XX	93
2.2.3.2.9. Obstetricia Actual	94
2.2.3.2.10. Obstetricia en el Perú	95
2.3. HIPÓTESIS	97
2.3.1. Hipótesis General	97
2.3.2. Hipótesis Específicas	97
2.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	98
2.4.1. Variable Independiente: Nivel de Satisfacción	98
2.4.2. Variable Dependiente: Servicio de Obstetricia	98
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	99

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	101
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN / CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	101
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	101
3.3.1. Población	101
3.3.2. Muestra	101

3.4.MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	102
3.4.1. Materiales	102
3.4.2.Técnicas	102
3.4.3. Instrumentos	103
3.5. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	104
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS	104

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	106
---	-----

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.

1.1.1. Descripción de la Realidad Problemática.

1.1.1.1. A Nivel Internacional.

Los objetivos de Desarrollo del Milenio ONU. (2005). Provee importantes antecedentes sobre los efectos de la crisis económica mundial y sus costos humanos, enfatizando que cada año 536,000 mujeres fallecen como resultado de complicaciones del embarazo, parto o el Puerperio, y un 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo, considerándose la mortalidad materna como un indicador de salud, evidenciándose brechas entre ricos y pobres, tanto entre países como dentro de ellos.

Según la UNICEF, (2009). En América Latina y el Caribe se redujo la tasa de mortalidad materna en un 28% desde 1990, sin embargo es todavía insuficiente. Este informe destaca además las diferencias entre los países, así mientras la tasa de mortalidad materna en Chile, Bahamas y Barbados es una de las más bajas de los países en desarrollo (16 muertes maternas); en tanto que en Haití es de 270 muertes materna.

Sin embargo en Bolivia y Guatemala se registran 290 muertes maternas, Honduras 280 muertes maternas y Perú 240 muertes maternas. En Guatemala y Haití menos de la mitad de mujeres tiene hijos en clínicas u hospitales. En Bolivia, Honduras y Perú la situación del 20% de las mujeres más pobres es particularmente desventajosa, y en Haití el 60% de estas no tienen asistencia en salud. Pero sin embargo América Latina y el Caribe muestran una cobertura alta de atención perinatal del mundo en desarrollo, en comparación con Asia o África.

Bolivia, Brasil, Ecuador y México han podido dar prioridad a la maternidad sin riesgos en la agenda política. Países como Bolivia, Ecuador y Perú, en sus reformas del Sector salud, están practicando la cobertura universal mediante el seguro de salud para la atención médica de la madre, a fin de disminuir brechas de accesibilidad a los servicios de atención, mejorando la utilización de recursos hospitalarios y la satisfacción del paciente. Además se ha observado un cambio en el perfil etiológico en aquellos países con experiencias mas favorables como Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile, países en los cuales ha aumentado la proporción de las llamadas causas indirectas (no obstétricas) de la muerte materna, pero aun así la inequidad permanece como problema crucial, si tenemos en cuenta que a mejor situación socioeconómica, mejores indicadores materno infantiles. En tal sentido se han desarrollado alianzas de cooperación con el objetivo específico de disminuir la mortalidad materno- infantil, parte de este monitoreo global lo conforman Bolivia, Brasil, Guatemala, México y Perú, para lo cual se pretende aumentar la demanda y valoración social de los servicios de Salud.

1.1.1.2. A Nivel Nacional

Según ENDES (2009). Respecto a América del Sur, Perú es el cuarto país más poblado, y el quinto de América Latina, con índices de mortalidad materna altos (150 x 100,000 nacidos vivos). Esta agencia de salud estimó en 8.5 muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva para el período 2004-2009.

El Ministerio de Salud, (2009). En su Documento Técnico de Gestión Hospitalaria, considera que; el 73% de las muertes maternas se debieron a causas directas del embarazo, parto o puerperio, para lo cual se ha estructurado políticas de salud a fin de disminuir estos, teniendo en cuenta que el 85% de los establecimientos en general están concentrados en el Ministerio de Salud.

A decir de Madueño, M. (2003). En su estudio de Oferta de los Servicios de Salud en el Perú y Análisis de Brechas 2003 - 2020, encontró que; los recursos productivos hospitalarios disponibles tienen bajos niveles de producción asociados a bajos niveles de utilización (60.9 %) , dado que los factores que garantizan una demanda sostenida de estos, son débiles, pues el 54% de la población clasificada como hogares pobres son los que acceden a ellos, y de estos el 39% tienen cobertura de seguro de salud; en tanto que los restantes están supeditados a sus escasos ingresos.

En el Estudio Nacional de Línea de Base de Evaluación de la Gestión Hospitalaria en la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud (2005). Uno de los ítems evaluados fue el perfil alcanzado en resultados, en el cual se encontró 55% de satisfacción de los usuarios y desempeño de la gestión, muy por debajo de los estándares de 90% contemplados, lo cual evidencia una subutilización de recursos existentes, mala calidad de atención e insatisfacción en los recursos.

En los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020 del Ministerio de Salud, se establece en uno de sus ítems “La necesidad de desarrollar actividades para mejorar los resultados clínicos, el impacto social y el mejor uso de los recursos disponibles, lo que conllevaría a una gestión eficiente en aras de mejorar la calidad de atención y la satisfacción del paciente, siendo favorable para este teniendo en cuenta los bajos estándares de satisfacción de atención en los servicios de salud. Esta problemática descrita líneas arriba, en mi opinión me permite hacer una reflexión y una apreciación aproximada de la realidad regional.

1.1.1.3. A Nivel Regional

El Plan Participativo Regional de Salud de Lambayeque (2005-2010) está sustentado en varias prioridades; una de las cuales

esta relacionada a la salud materna, para lo cual consideran como uno de sus compromisos la conformación de unidades de mejora continua de la calidad en cada cabecera de red, y estas solicitan a su vez a cada establecimiento anualmente su proyecto de mejora continua de la calidad, permitiéndoles detectar sus debilidades y mejorar su calidad de servicio. Cabe mencionar que del total de establecimientos de salud, el 80% presentan dicho proyecto, y solo el 50% de estos, lo ejecutan, lo cual no optimizaría la calidad de atención.

La dirección Regional de Salud Lambayeque (2011) reportó una mortalidad materna de 67 x 100,000 nacidos vivos, de estas el 61% tuvieron control prenatal, lo cual indicaría una deficiente calidad de atención y capacidad resolutoria de los establecimientos. Por tal motivo se realizó coordinaciones con el Ministerio de Salud en cuanto a normas relacionadas con los estándares de la calidad y capacidad resolutoria, a fin de ser aplicados periódicamente en cada establecimiento de salud, sin embargo, se encontró que alrededor del 30% de estos, no realizan en forma veraz su autoevaluación, impidiéndose a si mismos la capacidad de mejorar en base a su autoanálisis.

Además de esto, se encontró que en zonas rurales de Lambayeque, solo el 34% de los partos son institucionales, estimándose una demanda insatisfecha de 19% en áreas rurales en cuanto a emergencias Obstétricas hospitalarias y 28% en el caso de población más pobre, teniendo en cuenta que estos porcentajes han sido reducidos gracias al seguro integral.

1.1.1.4. A Nivel Local

El Centro de Salud Materno “José Olaya”, funciona desde hace 37 años, brindando atención diaria en turnos de mañana y noche, y las veinticuatro horas del día para atención de parto. A su jurisdicción pertenecen 20 pueblos jóvenes y 5 Urbanizaciones con una

población asignada de 26,837 habitantes pertenecientes a estratos socio económicos medios bajos, cuyas atenciones son particulares o aseguradas del sistema integral de salud. Cabe mencionar que además se constituye como cabecera de Micro-red, atendiendo partos de gestantes procedentes de otros establecimientos cercanos que no son centros maternos, para lo cual no cuenta con disposición de personal e infraestructura pertinente a fin de lograr una atención de calidad, teniendo en cuenta además que instituciones privadas cercanas como el Hospital de la solidaridad constituyen una franca competencia al tener un abanico de especialidades en comparación con este centro. Haciéndose necesario determinar el nivel de satisfacción que perciben los usuarios, en especial las pacientes que acuden el área de Gineco - Obstetricia, a fin de mejorar la calidad de atención.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad vivimos en un mundo competitivo, basado en resultados, es decir metas y logros por objetivos, de ello es participe también los servicios de salud.

El centro de salud José Olaya, cuenta con metas anuales, asignadas para diferentes servicios que brinda, las cuales están supeditadas a evaluaciones periódicas para detectar debilidades y superar estas.

Siendo el servicio de Gineco - Obstetricia uno de los de mayor cobertura de atención, ya que es un centro materno que acoge a los partos procedentes de otros establecimientos de la micro red y alrededores a esta, que no brindan este servicio, pero sin embargo no cuentan con la disposición de personal e infraestructura pertinente, es por ello que la evaluación de funciones obstétricas y perinatales de acorde al establecimiento se hace necesaria para determinar falencias.

Otro instrumento constituye el plan de mejora continua de la calidad, con el que no cuenta dicha institución, lo cual sería necesario ya que permitiría identificar problemas, priorizando los más importantes con vistas a solucionarlos tomando las medidas correctivas necesarias, y así mejorar la atención que brinda y por ende ocasionar satisfacción al usuario del servicio.

De la problemática descrita, se asume el problema de investigación de la siguiente manera:

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.3.1. Problema General

¿CUAL ES EL GRADO DE RELACION QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES Y EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA – CHICLAYO -2014?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿En qué medida el servicio que ofrece el área de obstetricia satisface las expectativas de las pacientes que acuden al Centro de Salud José Olaya?
- ¿Como perciben las pacientes la atención que brinda el personal de Obstetricia del centro de salud?
- ¿Cómo esta implementado el área Obstetricia, para afrontar la atención de las pacientes?

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. Justificación Científica

La salud prenatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre y la utilización oportuna y

adecuada de los servicios prenatales los factores más susceptibles de modificar, y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna. Por tal razón estos indicadores apuntan al mejoramiento de los programas maternos, que aunque su cobertura ha aumentado en los últimos años no ha disminuido sustancialmente las muertes maternas. Para tal fin determinar la satisfacción de las usuarias a este servicio, permitiría detectar necesidades insatisfechas y ocasionar un cambio en pos de las mejoras. En tal sentido el presente estudio contribuiría como fuente de datos para otros estudios respecto al tema, facilitando a otros la oportunidad de mejoras.

1.4.2. Justificación Social

Los estratos socio económicos medios bajos, se ha establecido son los que menos acceso tiene a los servicio de salud y más aun de calidad, esto por ende causa insatisfacción en la atención es por ello que su detección oportuna en los puntos más álgidos favorecerían la disminución en estos índices sociales tales como la muerte materna, sobre todo en zonas con mayores necesidades sociales, de tal manera que este estudio permitiría realizar un evaluación respecto a ello y servir de base para mejorar la atención al paciente.

1.4.3. Justificación Personal

El mejorar es sin duda una meta diaria en todos los aspectos, uno de ellos es en el ámbito laboral. Al integrarme a este establecimiento consideré que era necesario contribuir con su mejoramiento, más aun en lo que me compete que es el servicio de obstetricia; el presente trabajo de investigación permitiría determinar la satisfacción de las usuarias, a la vez que se establecería puntos débiles perceptibles por éstas, con necesidad de cambios, ya que quien mejor que ellas para manifestarlo, de tal manera que no solo satisfaceríamos sus expectativas sino también las nuestras como trabajadores al brindar una atención buena y de calidad.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo General.

Determinar el grado de relación que existe entre el nivel de satisfacción de las pacientes y el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Determinar en qué medida el servicio que ofrece el área de obstetricia satisface las expectativas de las pacientes que acuden al Centro de Salud José Olaya.
- Conocer cómo perciben las pacientes la atención que brinda el personal de Obstetricia del centro de salud.
- Conocer como esta implementado el área Obstetricia, para afrontar la atención de las pacientes.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO - CIENTÍFICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para otorgarle rigor científico al presente trabajo de investigación, han sido múltiples las consultas bibliográficas realizadas para la concreción de este apartado. Así tenemos:

- ❖ Astudillo, J. y Washington, J. (2005). En su tesis denominada: *“Proyecto de inversión para la ampliación y diversificación del centro Integrado de Diagnóstico a clínica de especialidades en la ciudad del Milagro”*- Ecuador. Concluye que:

La investigación del mercado determinó que pese a una alta frecuencia de uso del servicio, los establecimientos de salud públicos y privados existentes no ofrecen las condiciones adecuadas para un tratamiento satisfactorio.

El segmento de las mujeres en edad fértil comprendidos entre 21 y 30 años de edad de bajos recursos económicos constituye el mercado meta para ellas debería diseñarse un plan de marketing que contemple precios bajos, opciones de descuentos y servicios adicionales en campos como asesoría para la planificación familiar y la presencia de enfermedades propias del género.

COMENTARIO

Dada la competitividad existente en las diversas áreas; el sector salud no está excepto por lo cual requiere realizar evaluaciones periódicas que permita determinar si las condiciones de atención que brindan son adecuadas y si estas satisfacen las necesidades de los pacientes.

En la actualidad existen grupos etáreos que se constituyen en poblaciones proclives a mayores riesgos más aún si consideramos que sean de niveles socioeconómicos medios- bajos, a los que se debería ofertar mas y mejores oportunidades de atención en salud, mejorando su accesibilidad a estos y su satisfacción en la atención.

- ❖ Castaño, K. (2009). En su tesis titulada: *“Calidad de atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios de Bogotá D.C.”* Colombia. Determina que:

Al concentrar los factores asociados con los aspectos negativos de la atención y caracterizar los conceptos de buena y mala calidad con respecto a ello, es importante hacer hincapié en las variables que influyeron en el proceso mismo de la atención, entre los cuales resalta las asociadas con las relaciones interpersonales, las acciones de revisión y diagnóstico, el tiempo dedicado a la consulta, y las acciones de información; educación y comunicación. No obstante, las condiciones de accesibilidad a los servicios y las variables relacionadas con los aspectos organizacionales como el tiempo de espera y la capacidad resolutoria, influyeron de manera determinante en la percepción de la calidad de atención.

El grado de satisfacción de los usuarios de los centros de salud influye en la utilización de los servicios de salud y el grado de conformidad con los tratamientos y consejos médicos y ambos aspectos influyen directamente sobre los resultados terapéuticos y el estado de salud.

COMENTARIO

Es necesario determinar en todo estudio las variables mas importantes ya que permite saber si el servicios que brindamos es adecuado y oportuno para el paciente.

Así mismo en la utilización del mismo de acuerdo a la necesidad y la conformidad de la utilización de estos, lo que formaría un concepto base que permitiría saber si fue satisfactoria esta atención.

- ❖ Alva, L. y Jiménez, G. (2007) En sus tesis de nombre: “Percepción de la calidad de atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes del Hospital San Juan de Lurigancho”. Indica:

La percepción de la calidad de atención resulto en la categoría de insatisfacción de acuerdo al método Servqual.

Las dimensiones de mayor nivel de insatisfacción fueron confiabilidad y capacidad de respuesta, que encierra la habilidad para ejecutar el servicio prometido en forma fiable y cuidadosa, la disposición para ayudar a los adolescentes y para prestarles el servicio rápido.

El consultorio de mayor nivel de insatisfacción fue el control prenatal – ginecológico y el de menor nivel de insatisfacción el de planificación familiar.

COMENTARIO

El método Servqual permite determinar la percepción en los estudios de investigación.

Un paciente siempre esta habido de encontrar respuestas y tratamientos satisfactorios que contemplan entre sus expectativas de atención.

Se debe considerar que mientras mas compleja y espaciada es la atención, podría causar mayor satisfacción ya que en una consulta obstétrica- ginecológica las dudas son mayores ante una consulta de planificación familiar.

- ❖ Liza, C. (2007) En sus tesis llamada: “Percepción de la calidad de atención en el Hospital de la Solidaridad de la Municipalidad en el cono norte-Lima” Refiere que;
Existe una fuerte relación y de manera directa, entre la percepción de la calidad de la atención global y las expectativas de una mejor atención. Es decir que cuanto mejor percibe el usuario la calidad de la atención global, existe una expectativa positiva de recibir una mejor atención.

COMENTARIO

Es indudable que mientras mejor atendido esta el paciente, mejor concepto de la institución que presta la atención tendrá a la par que esta llene sus expectativas.

- ❖ Díaz, J. (2009).En sus tesis titulada: “ Percepción de la calidad de atención y su relación con los factores de estructura, proceso y resultado del usuario del servicio de consulta externa del centro médico El Porvenir de Es Salud – La Libertad” .Manifiesta que:

Los factores de estructura, proceso y resultado están asociados significativamente a la percepción de la calidad de atención, siendo el factor de proceso y resultado los que tienen mayor influencia sobre la variable percepción, por presentar correlaciones fuertes (0.99 y 0.81)

Determinándose que la espera en la atención mayor a 30 minutos, la falta de cupos, el trato recibido y el poco interés del médico por su enfermedad son los factores de proceso que influyen desfavorablemente en la calidad del servicio prestado seguidos de la baja aceptación del sistema y la presunción negativa del estado de mejoría de su salud después de la atención como factores de resultado.

COMENTARIO.

El usuario de un servicio de salud percibe a esta como buena en tanto no pierda mucho tiempo es decir se le atiende rápido, y que además colme sus expectativas en el buen trato que recibe y la solución de sus problemas.

- ❖ Assael, H. (1999: 87). En su libro titulado: *“comportamiento del consumidor”* sostiene que :

La satisfacción esperada; tanto el modelo compensatorio como el no compensatorio coincide en que los consumidores desarrollan una serie de expectativas en base a el grado en que la marca o producto satisface los beneficios que los consumidores desean. La marca que esta más cerca de proporcionar beneficios significativos es la que otorgara mayor satisfacción.

- ❖ Blackwell, R. (2002: 8, 80 ,175). En su libro: *“Comportamiento del consumidor”* refiere:

Las empresas de éxito comprenden que el comportamiento del consumidor debe ser el enfoque primario de todo aspecto del programa de mercadotecnia empresarial. Esto se describe como el concepto de mercadotecnia: el proceso de planeación y ejecución de la concepción, precios, promoción y distribución de ideas, bienes y servicios para crear intercambios que satisfagan objetivos individuales y organizacionales. El elemento clave de esta definición es el intercambio por el mercadólogo de algo de tal valor que el cliente pague el precio que llene las necesidades y objetivos de la organización. Desde el punto de vista del consumidor, la satisfacción del intercambio depende de la satisfacción por el consumo del producto tanto como el intercambio. Los consumidores solamente estarán dispuestos a pagar por productos y servicios que satisfagan sus necesidades, pero esto es probable que ocurra al menos que la empresa comprenda totalmente la forma en que los compradores

compran y utilizan un producto particular. Al menos que un producto se utilice tal y como se pretende, es probable que la satisfacción del consumidor con el producto disminuya.

La siguiente etapa en la toma de decisiones del consumidor es la etapa posterior al consumo, en la cual los consumidores experimentan una expresión de satisfacción o de falta de satisfacción. Ocurre satisfacción cuando las expectativas del consumidor coincide con el desempeño percibido; pero cuando las experiencias y el desempeño se quedan cortas en comparación con las expectativas viene la falta de satisfacción. Los resultados son significativos, porque los consumidores almacenan sus evaluaciones en la memoria y se refieren a ellas en decisiones futuras. Si el consumidor está altamente satisfecho, las decisiones subsecuentes de compra se hacen más breves. A los competidores, en su mayor parte, les cuesta mucho trabajo tener acceso a las mentes y procesos de decisión de los clientes satisfechos, porque estos tienen tendencia a comprar la misma marca en la misma tienda. Pero los consumidores insatisfechos o no satisfechos de los productos que compran o con las tiendas donde compran son frutos maduros para cosecharse utilizando las estrategias de mercadotecnia de competidores que prometen algo mejor.

El elemento determinante en la satisfacción es el consumo: la forma en que los consumidores usan el producto. El producto pudiera ser bueno, pero si los consumidores no lo usan apropiadamente, sobreviene la falta de satisfacción.

Un determinante fundamental de la satisfacción es la percepción del consumidor acerca del funcionamiento del producto durante el consumo. Un mal desempeño y experiencias de consumo desfavorables dan resultados consumidores insatisfechos con el

producto al menos que se presenten circunstancias atenuantes. En general, mientras mas desfavorables sea el servicio de un producto, mayor será la satisfacción del cliente.

Aun así, un buen desempeño no asegura clientes satisfechos. Debido a que la satisfacción del cliente depende de algo más que el cumplimiento real.

- ❖ Calva, J. (2009: 1, 34). En su libro titulado; *“Satisfacción de usuario: La investigación sobre las necesidades de información”*. Refiere que: Es indudable que el largo camino para la satisfacción de las necesidades humanas no es fácil, ya que no se satisfacen, de hecho lo que consigue la mayoría de las veces es la insatisfacción. Solamente la satisfacción de las necesidades es la que tiende a llevar a un cambio positivo en los sujetos.

Los factores (variables) que interviene en las fases de comportamiento y satisfacción. Las investigaciones sobre estas variables llevadas hasta el momento son incompletas, el desarrollo de un mayor número de investigaciones sobre estas variables permitiría a presentar el aspecto teórico de la relación entre el comportamiento y la satisfacción informativa. Las investigaciones podrían dirigirse en dos direcciones como son las siguientes: factores internos y factores externos, según la comunidad de usuarios de la información.

2.2. BASE TEÓRICA- CIENTÍFICA

2.2.1. TEORIAS

2.2.1.1. Teoría de la Satisfacción del Cliente según Philip kotler.

En sus teoría refiere que; la satisfacción del cliente es “el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus perspectivas”.

Una preocupación de toda empresa es contar con una base amplia de clientes que adquieran sus productos. De ahí es fundamental que conozcan las diferentes formas de captar, retener y evitar la pérdida de clientes a través de la satisfacción de estos.

El principal concepto a definir se conoce como satisfacción del cliente, y es el grado en que un producto cubre las expectativas del cliente. El otro concepto básico es el valor, que es el conjunto de beneficios que el cliente espera obtener por la compra de un producto o servicio. Para ambos casos, su percepción resulta de ser variable y diferente para cada persona, toda vez que se tratan de factores subjetivos, no tangibles ni medibles. A saber hablamos del humor de las personas de si tuvo un buen día o uno malo, del clima, de su interacción con las personas de su círculo cercano o inmediato, etc. Todas ellas pocas tangibles pero que puede determinar una buena experiencia de compra o mala, que afecta la percepción de la satisfacción por parte del cliente.

Para retener clientes, se requiere tenerlos satisfechos y así convertirlos en clientes leales y seguidores de la empresa y de sus productos. Amás satisfacción es menos probable que estos busquen otros proveedores. De igual forma, la formula puede revertirse, a mas insatisfacción, mas alta la probabilidad de que busquen otros proveedores.

2.2.1.2. Teoría de Control de la Calidad según Kaoru Ishikawa.

Este autor en su teoría sostiene que; el control de la calidad es un sistema de métodos que producen que económicamente genere bienes o servicios de calidad, acordes con los requisitos de los consumidores; practicar el control de la calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el mas económico, el mas útil y simple, satisfactorio para el consumidor. Para

alcanzar esta meta es preciso que en la empresa todos promuevan y participen en el control de la calidad, incluyendo tanto a los altos ejecutivos como a todas las divisiones de la empresa y a todos los empleados.

El control de la calidad no es una actividad exclusiva de especialistas sino que debe ser estudiado y conseguido por todas las divisiones y todos los empleados. Así se llega al control total de la calidad, y esta se consigue cuando se logra una verdadera revolución conceptual en toda la organización. Él recomienda algunos pasos a seguir dentro de esta metodología los cuales son; fijar metas, determinar razones por las que se eligió este tema, evaluar la situación actual, analizar las causas, establecer medidas correctivas y ponerlas en acción, evaluar resultados estandarizar y prevenir los errores y su repetición, repasar y reflexionar, y planear el futuro.

2.2.1.3. Teoría de la Calidad de Edward Deming

Asevera que no es suficiente tan solo resolver problemas grandes o pequeños. La dirección requiere formular y dar señales que su intención es permanecer en el negocio, y proteger tanto a los inversionistas como los puestos de trabajo, siendo la misión del organismo mejorar continuamente la calidad de nuestros productos o servicios a fin de satisfacer las necesidades de los clientes. Esto se logra generando un ambiente de integración y cooperación en la que están involucrados. Si la organización consigue llegar a esta meta, aumentar la productividad mejorando su posición competitiva en el mercado, ofreciendo una ganancia razonable asegurara su existencia futura y brindara empelo estable a su personal.

El esfuerzo anterior debe ser encabezado por la administración superior. Para facilitar el logro de tal meta de

funcionamiento, Deming ha propuesto a los directivos de diversas organizaciones un sistema constituido por 14 puntos;

- Ser constante en el propósito de mejorar el producto o servicio con el objetivo de ser competitivos.
- Adoptar la nueva filosofía de “conciencia de calidad”
- Suprimir la dependencia de la inspección para lograr la calidad.
- Acaba con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio.
- Mejorar el sistema de producción para mejorar la calidad.
- Instituir la formación en el trabajo.
- Implementar el liderazgo.
- Desechar el miedo, para que cada uno trabaje con eficacia.
- Derribar barreras entre dependencias.
- Eliminar barreras numéricas, sin ofrecer métodos que faciliten la consecución de tales metas.
- Eliminar cuotas numéricas prescritas y sustituirlas por liderazgos.
- Eliminar barreras que impidan al empleado su derecho a estar orgulloso de su trabajo.
- Implementar un programa vigoroso de educación y auto mejora.
- Involucrar a todo el personal de la organización en la lucha por conseguir la transformación.

2.2.2. NIVEL DE SATISFACCION

2.2.2.1. Definiciones de satisfacción

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar, los establecimientos de salud han de aspirar alcanzar la excelencia, el cual no es sólo un propósito de las instituciones sino un derecho de todo individuo que demanda atención. Existen diferentes definiciones de la satisfacción del usuario, entre ellas tenemos:

Mateo, V. Mankeliunas (1990), quien la define como el estado de un organismo en el que los factores motivadores han llegado a

la meta o como una vivencia que la persona menciona gratificación por sus deseos y apetitos. ⁽¹⁾

Desde el punto de vista de la psicología la satisfacción está relacionada con la necesidad de estado de carencia, de escasez o falta de una cosa que se tiende a corregir.

Según el MINSA, (2000), refiere que la satisfacción del usuario es cuando el servicio responde a sus necesidades y supere sus expectativas que conduzcan a reforzar hábitos de salud existentes.

Morales, V. y Hernández, A. Definen la actitud de satisfacción como una predisposición positiva o negativa a ciertos objetos o ideas. La satisfacción del paciente está relacionada con el rendimiento del prestador de servicios en su trabajo, lo que técnicamente se conoce como eficiencia y productividad; es decir la actitud de satisfacción o insatisfacción depende en gran parte de lo que el prestador de servicios brinda en una atención de calidad. ⁽²⁾

Perez, B. y Otros Refieren que la Calidad es un enfoque que surge frente al desarrollo científico y tecnológico para alcanzar la excelencia, es decir si cumple o no los estándares para los cuales fueron creados. Se podría determinar perspectivas básicas en el concepto de calidad:

- **Calidad como excelencia:** donde las organizaciones deben conseguir el mejor resultado, en sentido absoluto.
- **Calidad como ajuste a las especificaciones:** permite asegurar una precisión en la fabricación de productos, evaluar la diferencia existente entre la calidad obtenida en distintos periodos, ello permitirá el desarrollo de una definición de calidad más cuantificable y objetiva.

- **Calidad como valor:** se hace referencia al hecho de que no existe el mejor bien de consumo o servicio en sentido absoluto (dependiendo de aspectos tales como precio, accesibilidad, etc.). Se puede definir como lo mejor para cada tipo de consumidor, es decir tratar de satisfacer las expectativas propias de cada consumidor o usuarios siendo difícil identificar que características son importantes para cada uno de ellos.

- **Calidad como satisfacción de las expectativas:** definir la calidad como el grado en que se atiendan o no las expectativas de los consumidores (usuarios o clientes) supone incluir factores subjetivos relacionados con los juicios de las personas que reciben el servicio. Es una definición basada en la percepción de los clientes y en la satisfacción de las expectativas importantes para conocer que necesitan los usuarios. Sin embargo, esta medida es la más compleja de todas, ya que las personas pueden dar distinta importancia a diferentes atributos del producto o servicio y es difícil medir las expectativas cuando los propios usuarios a veces, no las conocen de antemano, sobre todo cuando están ante un producto o servicio de compra o uso poco frecuente.

La satisfacción del usuario es un componente importante y un medio valioso para apreciar la calidad de la atención. Es el estado de bienestar de la población en relación con los servicios de salud que reciben, por lo que alcanzar la Máxima satisfacción (desde la primera vez y en toda ocasión que se brinda servicios) es un objetivo esencial de la atención de salud.⁽³⁾

Aiquipa, A. Manifiesta que el nivel de satisfacción de los usuarios sanitarios no sólo depende de la calidad de los servicios sino del grado de adecuación (conformidad, discrepancia) entre las expectativas y percepción final del servicio recibido. Tiene que ver con el bienestar o

complacencia de los usuarios al recibir atención de salud con trato amable e igualitario, sentirse acogido y escuchado, donde se le entregue la información respecto a sus requerimientos en un lenguaje comprensible, en un espacio que cumpla con las condiciones de infraestructura e insumos con personal suficiente, comprometido, competente y que asegure la calidad científica técnica en la resolución de problemas de salud de manera integral y social, teniendo en cuenta los principios éticos y la dignidad humana.⁽⁴⁾

Por lo mencionado, se deduce que Satisfacción es la conformidad, bienestar expresada por el usuario ya sea paciente o acompañante en función de sus expectativas de la atención que reciben en determinadas áreas, que deben ser de calidad. No solo se trata de que se haga lo que se tiene que hacer, sino que lo hagan excelentemente, que las personas logren sentirse bien y que generen seguir en el mismo lugar. Es el balance de los beneficios y daños y es muy fundamental de la definición de la calidad.

Conocer la perspectiva del usuario con respecto a los servicios fueron conocidas crecientemente desde la década de los 80, cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo ofreciendo servicios que no solo cubren los estándares técnicos de la calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos, tales como respeto, información, pertinencia y equidad. Recién a partir de 1983, se inicia la aplicación de este sistema de evaluación integral de la calidad de atención médica basándose en teorías de sistemas en base a la evaluación de la estructura en el proceso y los resultados de la atención y énfasis en la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios⁽⁵⁾.

En la actualidad la evaluación de la satisfacción desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, constituye toda una

exigencia en todos los rangos de la satisfacción, siendo usados para juzgar la calidad con que se brinda. En estos momentos se es competente como organización si se está entre los que de acuerdo a criterios de mercado proporcionan mayor satisfacción al usuario.⁽⁶⁾

Medir la satisfacción, no resulta nada fácil no obstante es un valioso instrumento para la investigación en materia de salud para su gerencia y planificación ya que ofrece información de éxito y fracaso de todo el sistema de salud además al ser experimentada por la población refuerza la confianza que ésta siente hacia el sistema e incrementa el grado de cooperación y participación activa. Es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad.

Conocer la satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de los servicios, no obstante resulta difícil evaluarla. Un paso inicial para evaluar la calidad de atención es medirla. Pero, como se puede aspirar a medir algo tan intrínsecamente cualitativa, que incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad.

Para ello es necesario considerar los siguientes factores básicos:

- **El cliente (paciente):** El fin último para que la organización haya sido creada es para satisfacer al cliente, aquellas personas que acuden a una institución de salud por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud. Aquel es el que determina si la atención recibida es o no es de calidad. De hecho quien paga el sueldo de los empleados de manera indirecta es él, por esta razón la sobrevivencia de la institución se garantizará si hay clientes que paguen por los servicios que se ofrecen.

Debemos tener en cuenta que la denominación de “pacientes”, aquel estereotipo útil para la comunicación, muy usada en los

establecimientos de salud, en realidad no existe. Solo hay seres humanos que necesitan cuidados, servicios y asistencia de otros seres humanos que se supone, pueden darle.

En el transcurso por esta búsqueda de solución se establecen mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, reciben mejor o peor trato, establecen amores y odios, esperanzas y frustraciones, solucionan o no solucionan el problema por el que vino. Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque no lo trataron como él esperaba con "atención de calidad".

- **El servicio:** Se entiende como un conjunto de actividades que satisfacen las necesidades del cliente; actividades intangibles derivadas de las actitudes y de la capacidad interpersonal del supuesto dador (o el prestador de los servicios de salud) que deben satisfacer no solo las necesidades, sino también los deseos y expectativas. El servicio puede clasificarse y medirse con expresiones que denoten calidad.

El prestador de servicios es un ser humano que posee un cuerpo desconocimientos especializados, habilidades y la capacidad de utilizarlos con el fin de ayudar a otros seres humanos a evitar la enfermedad, recuperar la salud, encontrar el sentido a la enfermedad o de mantener el máximo grado de salud posible.

La atención en salud es un proceso que la institución y el prestador de salud realizan (actitudes y acciones) haciendo sentir al usuario que se está trabajando para él y por él, todo con el fin de satisfacer sus demandas.

- **Proceso:** Es un encadenamiento de actividades que tiene por objeto la obtención de un resultado final definido, realizado por un conjunto organizado de recursos humanos, metodológicos y materiales ⁽⁷⁾.

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud que reciben constituye toda una exigencia, entanto los rangos de satisfacción del paciente (alto: cuando las expectativas del usuario son cubiertas o casi cubiertas en su totalidad; medio: cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente; y bajo: cuando las expectativas del usuario no son cubiertas) están siendo usados para juzgarla calidad de atención médica. Implicar a los consumidores de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de los mismos es un requisito para mejorarla por lo que se está poniendo especial atención en el análisis crítico de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios la participación de los consumidores.

Existen dos tendencias uno de ellos privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguren mayor objetividad.

Las encuestas de opinión como métodos de investigación son el medio más empleado y más exacto para evaluar el nivel de satisfacción, a través de ellas se pretenden recoger la percepción sobre la calidad en la atención de quienes reciben y acuden a los servicios de salud y a la vez permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencia o disconformidad. La otra es mediante la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones. Si bien es cierto los métodos cualitativos aportan información más exhaustiva sobre esta

condición básicamente subjetiva, son complejos. Pero difícilmente pueden producir información por sí solos, deben ser asumidos como modalidades complementarias que permiten profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos. Para así poder planificar estrategias y desarrollar nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo a sus propios criteriosu opiniones ⁽⁸⁾.

En el marco de lineamientos de política, el MINSA, en diciembre del año 2001, aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud, en los cuales se establecen los principios, bases conceptuales y objetivos que vienen orientando los esfuerzos para mejorar la calidad. También elabora una propuesta de instrumento técnico que permita obtener información confiable para conocerla satisfacción de los usuarios y así evaluar la calidad de atención. Es importante anotar que este instrumento es referencial y puede ser adecuado al contexto específico de cada región o localidad

Para realizar la evaluación de la satisfacción del usuario se debe de tener en cuenta de que concepto vamos a partir. Existen algunas dimensión es referidas:

- Evaluación de la satisfacción tomado como medida de competencia del profesional, observado en la dimensión técnica de la calidad de atención.
- Evaluación de la satisfacción del paciente tomado como medida las cualidades personales observado en la dimensión interpersonal de la calidad de atención.
- Evaluación de la satisfacción del paciente tomado como medida de las accesibilidades del servicio observado en la dimensión de confort. ⁽⁸⁾

2.2.2.2. Beneficios de Lograr la satisfacción del Cliente

Toda empresa debe tener la capacidad de lograr beneficios en base a la satisfacción del cliente, ellos podríanser;

- **Primer Beneficio:** El cliente satisfecho por lo general, vuelve a comprar. Portanto, la empresa obtiene como beneficio su lealtad y por ende la posibilidad de venderle el mismo u otros productos adicionales en el futuro.
- **Segundo Beneficio:** El cliente satisfecho comunica a otros sus expectativas positivas con un producto o servicio. Portanto, la empresa obtiene como beneficio una difusión gratuita que el cliente satisfecho realiza a sus familiares, amistades y conocidos.
- **Tercer Beneficio:** El cliente satisfecho deja de lado la competencia. Por tanto, la empresa obtiene como beneficio un determinado lugar en el mercado.

En síntesis, toda empresa que logre la satisfacción del cliente obtendrá como beneficios:

1. La lealtad del cliente (que se traduce en futuras ventas).
2. Difusión gratuita (que se traduce en nuevos clientes) y
3. Una determinada participación en el mercado.

Fórmula para Determinar el Nivel de Satisfacción del Cliente:

Para darle una aplicación práctica a todo lo visto anteriormente, se puede utilizar la siguiente fórmula:

$$\text{Rendimiento Percibido} - \text{Expectativas} = \text{Nivel de Satisfacción}$$

Para aplicarla, se necesita primero obtener mediante una investigación de mercado:

1. El rendimiento percibido y

2. Las expectativas que tenía el cliente antes de la compra. Luego, se le asigna un valor a los resultados obtenidos, por ejemplo, para el rendimiento percibido se puede utilizar los siguientes parámetros:

Excelente = 10, Bueno = 7, Regular = 5, Malo = 3

En el caso de las expectativas se pueden utilizar los siguientes valores:

- Expectativas Elevadas = 3
- Expectativas Moderadas = 2
- Expectativas Bajas = 1

Para el nivel de satisfacción se puede utilizar la siguiente escala:

Complacido: De 8 a 10

Satisfecho: De 5 a 7

Insatisfecho: Igual o Menor a 4

Finalmente se aplica la fórmula. Porejemplo:

Sí la investigación de mercado a dado como resultado que el rendimiento percibido ha sido “bueno” (valor 7), pero que las expectativas que tenían los clientes eran muy “elevadas” (valor 3), se realiza la siguiente operación: $7 - 3 = 4$. Lo que significa que el cliente está: Insatisfecho. ⁽⁹⁾

2.2.2.3. Satisfacción del Cliente Versus Rentabilidad

Luego de conocer en qué consiste y el como determinar la satisfacción de los clientes, surge una pregunta muy lógica:

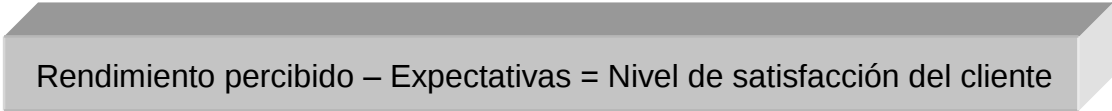
¿Hasta qué punto una empresa debe invertir para lograr la satisfacción de sus clientes?

Esta pregunta es muy usual, porque en muchas ocasiones los responsables de mercadotecnia sugieren incrementar los

niveles de satisfacción de los clientes disminuyendo precios o incrementando servicios. Ambas situaciones puede mejorar los índices de satisfacción, pero a costa de disminuir las utilidades de la empresa.

En todo caso, no se debe olvidar que el reto de todo mercadólogo es el de generar satisfacción en sus clientes pero de manera –rentable-. Esto exige el encontrar un equilibrio muy delicado entre seguir generando más valor para lograr la satisfacción del cliente, pero sin que ello signifique “echar la casa por la ventana”

No cabe duda que el tener clientes complacidos o plenamente satisfechos es uno de los factores claves para alcanzar el éxito en los negocios. Para ello una empresa necesita determinar los niveles de satisfacción de sus clientes realizando la siguiente operación:


$$\text{Rendimiento percibido} - \text{Expectativas} = \text{Nivel de satisfacción del cliente}$$

Pero, para ejecutar esta fórmula se necesita acudir a la fuente primaria de información que son los clientes para averiguar:

1. El resultado que obtuvieron al adquirir el producto o servicio y
2. Las expectativas que tenían antes de realizar la compra. Luego, se debe determinar el nivel de satisfacción para tomar decisiones que permitan corregir las deficiencias, mejorar la oferta o mantenerla.

Dentro de este contexto, surge el reto para todos los mercadólogos de lograr clientes complacidos mediante el incremento en la entrega de valor, pero de una forma que sea – rentable - para la empresa, porque al final de las encuestas, toda empresa justifica su existencia aquí conseguir un determinado beneficio.

Finalmente, cabe recordar que si una empresa quiere lograr sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, debe establecer una

cultura organizacional en el que el trabajo de todos los integrantes esté enfocado en complacer al cliente.

El enfoque en la atención al cliente interno y al cliente externo, basándose en la lealtad, se dio a mediados de los años 80, con la idea de mejorar el cuidado de los mismos para afianzar su fidelidad a la empresa. De esta forma se va desarrollando una generación de clientes más exigentes en el ámbito externo, primero, y a nivel interno después; los clientes empiezan a demandar cada vez más, y la empresa, para convencerlos, pide a sus empleados, proveedores e inversionistas su participación. Hay que señalar y agregar que esas tendencias de desarrollo conllevan exigencias de un mejor servicio y una nueva organización interna.

Conseguir los mejores clientes es uno de los pasos importantes para hacer crecer una empresa. El camino para llegar a este punto es contratar y conservar a los mejores empleados. Cuando un trabajador se siente satisfecho está en mejores condiciones de prestar un servicio de calidad, brinda un mejor trato y amabilidad, es más ágil y diligente, y por sobre todas las cosas, no se deja condicionar por la falta de recursos y fallas tecnológicas u organizativas, por lo que mantendrán el negocio atractivo para los dueños, los inversionistas y los proveedores.

¿Que busca obtener el cliente cuando compra un producto o un servicio?

- Un precio razonable.
- Una adecuada calidad por lo que paga.
- Una atención amable y personalizada.
- Un buen servicio de entrega.
- Un horario cómodo para ir a comprar.
- Cierta proximidad geográfica si fuera posible.
- Posibilidad de comprar al crédito.

- Una razonable variedad de ofertas.
- Un local cómodo y limpio.⁽¹⁰⁾

2.2.2.4. Características de los Servicios.

El servicio al cliente tiene una importancia enorme debido al aumento de la competencia entre las empresas y a que los clientes exigen cada vez mejor servicio, por tanto ofrecer un producto de calidad ya no es suficiente. Otro punto importante es que la tecnología esta prácticamente al alcance de todos los fabricantes y puede ser ampliamente copiada o implementada en productos con similares prestaciones, por lo tanto lo que distingue a una empresa de otra es precisamente el valor agregado del producto que oferta, dentro del cual el servicio es uno de los factores más definitorios.

El servicio al cliente es el conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece una empresa con el fin de que el cliente obtenga el producto o servicio en el momento y el lugar adecuado, el cual satisfaga sus necesidades y/o expectativas, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación de la empresa. Un servicio es cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra. Es esencialmente intangible y no se puede poseer. Su prestación no tiene por qué ligarse necesariamente a un producto físico.

Entre sus características más importantes se pueden mencionar:

- **Intangibilidad:** Significa que no se puede apreciar con los sentidos antes de ser adquirido.
- **Inseparabilidad:** Esta característica está asociada a la inseparabilidad de los servicios de la persona del vendedor, que es quien lo produce. Significa que la creación de un servicio puede tener lugar mientras se consume.

- **Heterogeneidad o inconsistencia:** Que los servicios sean heterogéneos significa que es difícil de estandarizarlos. Un mismo servicio puede variar según quien lo proporcione.
- **Perecedero:** No se puede almacenar.

Un buen servicio al cliente es una herramienta potente y muy importante del marketing actual. Su correcto desempeño permite al oferente vender con beneficio. Brindar un buen servicio al cliente posibilita difundir la imagen de cualquier empresa y la suya propia, obtener información adecuada del mercado y apoyar la publicidad y/o promociones de venta que su empresa realiza. Es bueno recordar que captar a un nuevo cliente es aproximadamente seis veces más que mantener uno.

Ejemplos de algunos de los principales atractivos de los servicios que una empresa puede ofrecer y que posibilitan una mejor satisfacción al cliente y su fidelización:

1. Servicios para acrecentar el rendimiento al cliente:

La empresa desea que su producto le proporcione un adecuado rendimiento al cliente y que este a su vez, perciba la máxima satisfacción de sus necesidades y expectativas, con el fin que el cliente vuelva a comprar.

2. Servicio de prolongación de la vida útil:

Son los destinados a mantener las prestaciones, el producto en condiciones satisfactorias de operación durante toda su vida útil.

3. Servicio de reducción de riesgos:

Proporciona las vías más sencillas que permiten al cliente la devolución de los productos defectuosos y las garantías sobre los mismos constituye el principal atractivo que el cliente apreciara en este aspecto.

4. Servicio de disminución de trabajo:

Tiende a facilitar la compra del cliente haciéndola más cómoda y fácil. Ejemplo dar información al cliente potencial, facilidades en el servicio de entrega a domicilio etc., forman parte de esto.

5. Servicio de financiamiento:

Los créditos son ejemplos claros de servicios brindados al cliente. Es necesario brindar la mayor información sobre sus límites, tipos de interés, plazos de amortización etc., que posibiliten al cliente tomar las decisiones necesarias en cada caso.

6. Servicio de atención al cliente:

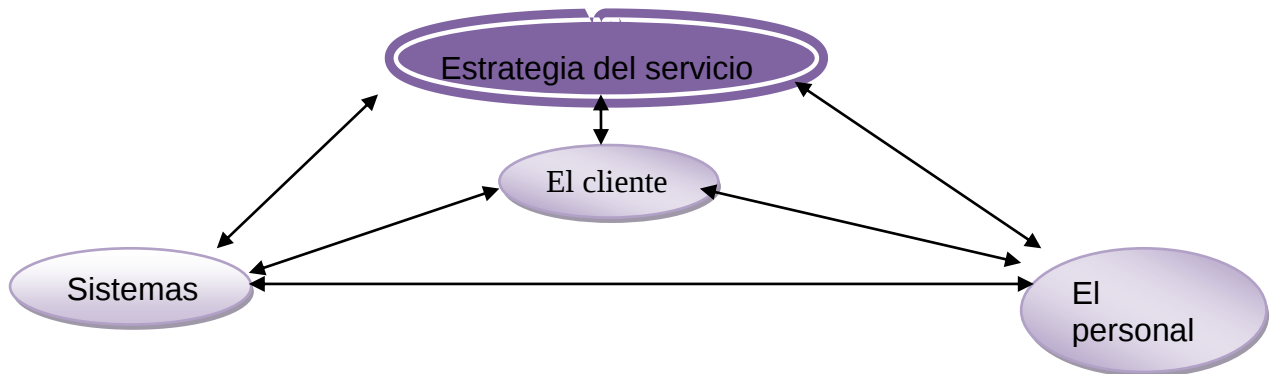
Es la herramienta más importante de cualquier empresa, ya que los entornos comerciales actuales, se perfilan cada vez mas uniformes en cuanto al uso de tecnologías avanzadas de la información y comercialización de productos, pero se difieren notablemente en el trato ofrecido a sus clientes (cortesía, atención rápida, confiabilidad, atención personalizada, personal bien informado, simpatía, etc.),lo cual es un factor determinante para lograr la fidelización de los mismos al oferente.

7. El triángulo de servicio:

Tiene un papel fundamental en el análisis de los factores de éxito que ayuden poner en práctica una iniciativa de servicio en cualquier tipo de organización. El triángulo de servicio es una forma de diagramar la interacción existente entre tres elementos básicos: estrategia de servicio, sistemas y el personal, los cuales deben interactuar adecuadamente entre si para mantener un servicio con un alto nivel de calidad. El cliente es el centro del modelo que obliga a que tanto los demás componentes del triángulo, como la organización de la misma, se orienten hacia él.

GRAFICO N°01

TRIANGULO DE LOS SERVICIOS



Fuente: Kart Albrecht, Service América.

Fecha: 1985

Cliente: El servicio debe estar en función al cliente para satisfacer sus necesidades reales y expectativas.

Estrategia de servicio: es la visión o filosofía que se utiliza para guiar todos los aspectos del servicio. Dicha estrategia tiene que ser capaz de crear las condiciones que propicien que el cliente colabore y sea una fuente de incremento de eficacia.

Sistemas: Engranaje de meca mismos comunes que componen el todo y lo hacen flexible ante la dinámica del entorno, por lo que deben ser diseñados de manera simple, rápida y a prueba de contingencias.

Personas: Es el elemento mas importante en el suministro de servicio por ser portadores vivos de la imagen de la organización, lo que requiere el diseño de políticas específicas para su administración ⁽¹¹⁾.

2.2.2.5. Proceso de Gestion de Atención al cliente.

Podemos definir el proceso de gestión de la atención al cliente como un conjunto de actividades desarrolladas por las

organizaciones con orientación al mercado, encaminadas a satisfacer las necesidades de los clientes e identificar sus expectativas, que con una alta probabilidad serán sus necesidades futuras, a fin de poder satisfacerlas llegado el momento oportuno.

A continuación se plantea lo que se considera el decálogo de la atención al cliente. Cumpliéndolo a cabalidad se pueden lograr altos estándares de calidad en el servicio al cliente.

1. El cliente por encima de todo: Es la razón de nuestro servicio.
2. No hay nada imposible cuando se quiere: A pesar de que muchas veces los clientes solicitan cosas casi imposibles, con un poco de esfuerzo, inteligencia y deseos de atenderlos adecuadamente, se puede lograr lo que el desea.
3. Cumplir todo lo que prometas: Son muchas las empresas que tratan, a partir de engaños, de efectuar ventas o retener clientes. Pero ¿Qué pasa cuando el cliente se da cuenta? Son las ventas de un día que por otra parte difundirá una mala imagen de la misma.
4. Solo hay una forma de satisfacer al cliente, darle lo que espera: El cliente se siente satisfecho cuando recibe lo que espera, y esto se logra conociéndolo bien y enfocándonos en sus necesidades y expectativas.
5. Para el cliente, tú marcas la diferencia: Las personas que tienen contacto directo con los clientes tienen una gran responsabilidad, pueden hacer que un cliente regrese o que jamás quiera volver, ellos hacen la diferencia. Puede que todo funcione a las mil maravillas, pero si la persona que está al frente al cliente falla, probablemente la imagen que el cliente se lleve será deficiente.
6. Fallar en un punto significa fallar en todo: Como se expresa en el punto anterior, puede que todo funcione a la perfección, que tengamos todo controlado, pero qué pasa si fallamos en el tiempo de entrega, si la mercadería llega averiada o si en el momento de empaquetar los zapatos nos equivocamos y le damos un número

diferente. Sencillamente todo el esfuerzo se va al piso y el resultado es fatal.

7. Un empleado insatisfecho genera clientes insatisfechos: Los empleados propios son el primer cliente de una empresa (clientes internos). Si no se les satisface a ellos, como pretender satisfacer a los clientes externos. Las políticas de recursos humanos deben ir a la par de las estrategias de marketing.
8. El juicio sobre la calidad del servicio lo hace el cliente: Aunque existan indicadores de gestión elaborados dentro de la empresa para medir la calidad de servicio, la realidad es que son los clientes quienes en su mente y su sentir, hacen su valoración. Sí la calidad les satisface regresan y no regresan si no lo es.
9. Por muy bueno que sea el servicio, siempre se puede mejorar: Aunque se hayan alcanzado las metas propuestas en el servicio y satisfacción del cliente, es necesario plantear nuevos objetivos, “la competencia no da tregua”.
10. Cuando se trata de satisfacer al cliente, todos somos un equipo: Los equipos de trabajo no solo deben funcionar para detectar fallas o para plantear soluciones y estrategias. Cuando así se requiera, todas las personas de la investigación deben estar dispuestas a trabajar en pro de la satisfacción del cliente, trátase de una queja, de una petición o de cualquier otro asunto.
11. La atención al cliente es una herramienta estratégica de marketing, orientada a que los errores sean mínimos y se pierda el menor número de clientes posibles, lo cual se convierte en un sistema de mejora continua en la empresa orientada a mejorar la calidad del servicio.

2.2.2.6. Características importantes al brindar un servicio de atención al cliente:

- La labor debe ser empresarial con espíritu de servicio eficiente, sin desgano y cortesía.

- La empresa debe tener conocimiento de las necesidades y expectativas del cliente. Es muy necesario conocer las necesidades de los diferentes segmentos de clientes para poder satisfacer sus expectativas.
- Flexibilidad y mejora continua ya que las empresas han de estar preparadas para adaptarse a posibles cambios del sector y a las necesidades crecientes de los clientes. Por eso el personal que está en contacto con el cliente ha de tener la información y la capacitación adecuada para tomar decisiones y satisfacer las necesidades de los clientes incluso en los casos más inverosímiles.
- Se debe adecuar el tiempo en servir en función al cliente.
- Plantearse la Fidelización como objetivo fundamental en la atención al cliente.
- La empresa debe plantear estrategias que le permitan alcanzar nuevos objetivos y distinguirse dentro de sus competidores.

2.2.2.7. Componentes básicos para brindar un buen Servicio de Atención al Cliente:

- **Accesibilidad:** Los clientes deben tener la posibilidad de contactar fácilmente con la empresa.
- **Capacidad de respuesta:** Dar un servicio eficiente sin tiempos muertos ni esperas injustificadas.
- **Cortesía:** Durante la prestación de servicio el personal debe ser atento, respetuoso y amable con los clientes.
- **Credibilidad:** El personal en contacto con el público debe proyectar una imagen de veracidad que elimine cualquier indicio de duda en los clientes.
- **Fiabilidad:** Capacidad de ejecutar el servicio que prometen sin errores.
- **Seguridad:** Brindar los conocimientos y la capacidad de los empleados para brindar confianza y confidencia.

- **Profesionalidad:** La prestación de servicios debe ser realizada por personal debidamente calificado.
- **Empatía:** Brindar atención individualizada y cuidadosa al cliente.

El mantenimiento de altos niveles de calidad en la atención al cliente genera a las empresas los siguientes beneficios:

1. Mayor lealtad de los clientes.
2. Incremento de las ventas y la rentabilidad (la alta calidad permite, entre otras cosas, fijar precios más altos que la competencia).
3. Ventas más frecuentes, mayor repetición de negocios con los mismos clientes.
4. Mayor nivel de ventas individuales a cada cliente (los clientes satisfechos compran más de los mismos servicios y productos)
5. Más ventas, ya que los clientes satisfechos se muestran más dispuestos a comprar los otros servicios o productos de la empresa.
6. Más clientes nuevos captados a través de la comunicación boca - a - boca, las referencias de los clientes satisfechos.
7. Menores gastos en actividades de marketing (publicidad, promoción de ventas y similares): las empresas que ofrecen baja calidad se ven obligadas a hacer mayores inversiones en marketing para "reponer" los clientes que pierden continuamente.
8. Menos quejas y reclamaciones y, en consecuencia, menores gastos ocasionados por su gestión.
9. Mejor imagen y reputación de la empresa.
10. Una clara diferenciación de la empresa respecto a sus competidores (aunque sean productos y servicios similares a los de los competidores, los clientes los perciben como diferentes e, incluso, como únicos).
11. Un mejor clima de trabajo interno, ya que los empleados no están presionados por las continuas quejas de los clientes.
12. Mejores relaciones internas entre el personal ya que todos trabajan, unificados, hacia un mismo fin.

13. Menos quejas y ausentismo por parte del personal (más alta productividad),
14. Menor rotación del personal.
15. Una mayor participación en el mercado.

Es importante señalar que todos los beneficios anteriores han sido debidamente comprobados y demostrados mediante estudios e investigaciones formales, en algunos casos a nivel mundial.

Por todo lo anteriormente señalado podemos afirmar que la mejora continua de la atención al cliente es un medio para lograr la fidelización de los clientes a la empresa. Se trata en realidad de un imperativo ineludible para toda empresa, grande o pequeña, que pretenda seguir progresando y avanzando en los mercados altamente competitivos de hoy en día.

La competitividad de las empresas depende hoy en día de su capacidad para captar y fidelizar una base de clientes lo suficientemente amplia para generar los ingresos que le van a permitir cubrir sus costes e invertir en su propio desarrollo y progreso y en el de todos aquellos que forman parte de ellas.

No se puede dejar de mencionar que cualquier empresa debe mantener un estricto control sobre los procesos relacionados con la atención al cliente.

En ocasiones se puede apreciar como el problema central no está solamente en la deuda que podríamos tener con los bancos, los impuestos atrasados, dificultades con los proveedores u otras cuestiones que nos preocupan a diario: "el fondo de la cuestión pasa siempre por la atención y satisfacción del cliente".

Ante esta realidad, se hace necesario que la atención al cliente sea de la más alta calidad, que la información suministrada sea lo suficientemente fiable y explícita para que el cliente no solo tenga una idea del producto, sino además de la calidad del capital humano y técnico con el que va a establecer una relación comercial. De aquí que las empresas deben incluir métodos efectivos para conocer los requerimientos y expectativas de los clientes actuales y potenciales sobre sus productos y servicios. Además debe diseñar sistemas de atención continua a clientes, que le permitan atenderlos con la efectividad y rapidez necesarias para satisfacer sus demandas de información, asistencia o cuando expresen sus comentarios y quejas.

Toda persona que trabaja dentro de una empresa y toma contacto con el cliente, es identificada por este como si fuera la organización misma.

Estadísticamente está comprobado que los clientes compran buen servicio y buena atención por encima de la calidad y precio.

Brindar un buen servicio no alcanza, si el cliente no lo percibe. Para ello es necesario tener en cuenta además los siguientes aspectos:

- **Cortesía:** Se pierden muchos clientes si el personal que los atiende es descortés. El cliente desea siempre ser bien recibido, sentirse importante y que perciba que uno le es útil.
- **Atención rápida:** A nadie le agrada esperar o sentir que se lo ignora.
- **Si llega un cliente y estamos ocupados hay que dirigirse a él en forma sonriente y decirle:** "Estaré con usted en un momento".
- **Confiabilidad:** Los cliente quieren que su experiencia de compra sea lo menos riesgosa posible. Esperan encontrar lo que buscan o que

alguien responda a sus preguntas. También esperan que si se les ha prometido algo, esto se cumpla.

- **Atención personal:** Nos agrada y nos hace sentir importantes la atención personalizada. Nos disgusta sentir que somos un número.
- **Una forma de personalizar el servicio es llamar al cliente por su nombre.**
- **Personal bien informado:** El cliente espera recibir de los empleados encargados de brindar un servicio, una información completa y segura sobre los productos que venden.
- **Simpatía:** El trato comercial con el cliente no debe ser frío y distante, sino por el contrario responder a sus necesidades con entusiasmo y cordialidad.

La empresa debe crear una metodología para medir el nivel de satisfacción del cliente respecto a los productos y servicios que la misma ofrece, así como información clave que refleje probables comportamientos y requerimientos futuros.

2.2.2.8. Medición y Análisis de la Satisfacción al Cliente.

La medición y análisis de la satisfacción del cliente es un elemento básico.

Sin duda, para comprender al cliente y, por extensión, al mercado en el que la empresa se desenvuelve, es preciso escuchar a los clientes (para saber cuáles son sus necesidades) y captar y estudiar datos sobre su nivel de satisfacción (sin quedarse únicamente en el registro de sus reclamaciones).

No hay manera de aumentar la eficacia de las empresas si no se elaboran productos y/o servicios que satisfagan las expectativas de los clientes (Producir lo que el cliente consume). Para lograr una eficiencia organizacional se tiene que orientar todo el esfuerzo de la

empresa a satisfacer adecuadamente las necesidades de los clientes. Esto solo podrá ser efectivo en la medida que las personas destinadas para dicha tarea en la empresa estén debidamente capacitadas para que de una manera seria y organizada, mida la satisfacción de sus clientes, de forma periódica y tome las acciones pertinentes.

Para evaluar la calidad de los productos y de los servicios, se deberán diseñar los métodos adecuados que posibiliten la obtención de los datos necesarios para ello. Si tales métodos son desarrollados de manera inadecuada, representarán de manera impropia las opiniones de los clientes y puede ser perjudicial para el éxito de la organización. Por otro lado, una información precisa en relación a la calidad de los servicios y productos que brinde dicha empresa puede utilizarse para ofrecer un mejor servicio al cliente.

A continuación algunos elementos básicos a valorar para hacer una eficiente evaluación y control de los procesos de atención al cliente.

1. Determinación de las necesidades del cliente: Este análisis genera una base interna de información primaria, que servirá para analizar más detalladamente el sistema de atención al cliente que la empresa posee y su posible mejora.
2. Análisis de los ciclos de servicio: Consiste en determinar dos elementos fundamentales
 - Las tendencias temporales de la necesidad de atención de los clientes: (Cada cuanto piden ayuda, en qué épocas del año se necesita mayor Atención, etc.)
 - Determinar las necesidades del cliente, bajo parámetros de ciclos de atención. Un ejemplo es cuando se renuevan suscripciones a

revistas, en donde se puede mantener un control sobre el cliente y sus preferencias

Cuando se tiene información adecuada sobre las preferencias de atención del cliente, es más factible ofrecer nuevos productos o servicios. Consiste En determinar las necesidades de los clientes bajo parámetros de ciclo de atención.

1. Encuestas: Es el mecanismo por excelencia para conocer sobre las preferencias, inquietudes y expectativas de los clientes.
2. Evaluación de servicio de calidad; Tiene que ver con la parte de atención personal del cliente, un trato personalizado, es la mejor manera de amarrar y fidelizar al cliente.

Reglas importantes para la persona que atiende:

- Mostrar atención.
 - Tener una presentación adecuada.
 - Atención personal y amable.
 - Tener a mano la información adecuada.
 - Expresión corporal y oral adecuada.
1. Análisis de recompensas y motivación; La constante retroalimentación entre clientes y trabajadores, perfeccionará paulatinamente todos los procesos de atención. La valoración del trabajo y la motivación garantizaran una mejor atención del cliente en un inicio y un mejor servicio de atención a mediano plazo.

Otras formas de medición Incluyen:

- Análisis estadístico de los niveles de quejas, devoluciones, reparaciones, retrasos de entrega, etc.
- Estudios de mercado para la retención e incorporación de nuevos clientes, etc.

La organización deberá darle un papel preponderante al cliente, mediante el conocimiento y satisfacción de sus expectativas, antes, durante y después de haber entregado sus productos y servicios.

2.2.2.9. Calidad desde la óptica de Satisfacción al Cliente.

No podemos lograr desarrollo empresarial y prácticas de estrategias que promuevan ingresos sustanciales a las empresas sin tener en cuenta el cumplimiento de normas y criterios de calidad que garanticen la competitividad y mantenimiento de los productos en el mercado.

La Calidad como término de gran importancia surge a partir de que los empresarios o comerciantes, como se les llamaban anteriormente, se percatan de la necesidad de competir en el mercado con sus productos o servicios. Evidentemente este elemento y sus conceptos han evolucionado con el transcurrir del tiempo.

En el libro *Delivering Quality Service*, para medir el nivel de satisfacción con relación a los servicios ofrecidos, sus autores nos proponen un modelo que posee ocho elementos básicos:

- Dimensiones de calidad del servicio en atributos.
- Factores de influencia
- Servicio esperado
- Servicio percibido
- Calidad del servicio prestado
- Nivel de satisfacción
- Nuevas actitudes
- Nuevo Comportamiento

Podemos concluir que proveer satisfacción a partir de calidad según la define el Cliente, significa comprender perfectamente las dimensiones de la calidad: la calidad del producto y la calidad del servicio.

Si la calidad del producto es tangible (lo que recibe), la calidad del servicio puede describirse como intangible (se refiere al modo de recibirlo). Por eso, a menudo ésta última es más difícil de medir que la calidad del producto, pero en conclusión la calidad en sus diferentes enfoques es Fundamental para crear satisfacción. ⁽¹²⁾

2.2.2.10. Atención al cliente según requisito de la norma ISO 9001:2000

ISO, International Organization for Standardization. La norma ISO 9001, es un método de trabajo que se considera muy bueno con el fin de mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2000 ISO 9001:2000, que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe de aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual. El motivo de todo esto, es el cliente, quien exige productos y servicios de la más alta calidad. Esta es la razón del nacimiento de dicha norma.

La norma ISO 9001:2000 se basa en un modelo especialmente desarrollado: el Enfoque por procesos, el cual está basado en los requisitos del cliente como entrada a los procesos. Estos requisitos se transforman en productos, los cuales se esperan que satisfagan las necesidades de los clientes. Dicha norma está catalogada como procesos relacionados con el cliente, el cual dentro del sistema cumple dos funciones; la primera, recoger información valiosa relacionada con los requisitos del producto, y la otra mantener un canal permanente de comunicación con el cliente. La determinación de los requisitos del producto es considerado uno de los pilares fundamentales del sistema, ya que la información suministrada por el, depende en gran medida de la calidad del producto. Este cuenta con dos pasos y varios incisos:

2.2.2.11. Determinación de los requisitos relacionados con el producto

- La organización de la empresa debe determinar los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.
- Determinar los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- Determinar cualquier requisito adicional determinado por la organización
- Determinar los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto.

2.2.2.12. Revisión de los requisitos relacionados con el producto

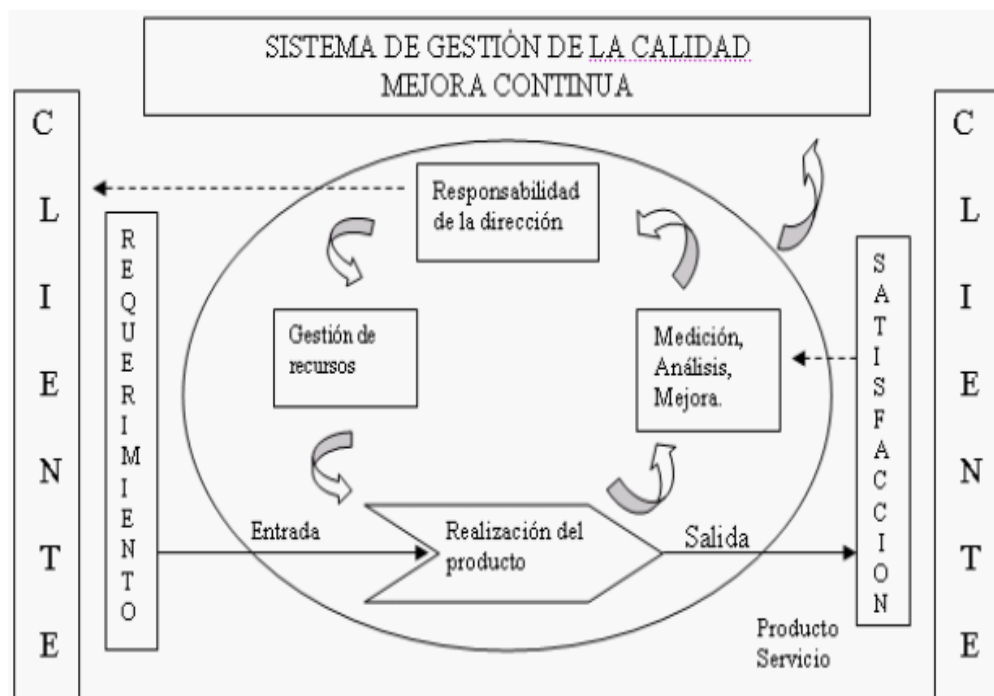
- La norma debe asegurarse que estén definidos los requisitos del producto.
- Asegurarse que están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.
- Asegurarse de que la organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos. Hasta aquí se han planteado procesos o estrategias para determinar los requisitos del producto incluyendo los requisitos del cliente, pero esto no es suficiente si no se mantiene una comunicación con el cliente.

2.2.2.13. Comunicación con el cliente

- La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el producto, en cuanto a las consultas, contratos o atención a pedidos, incluyendo las modificaciones, y la retroalimentación con el cliente incluyendo sus quejas.

FIGURA N° 02
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Figura 1. Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente: En <http://www.gerenciasalud.com/200211.htm>

Fecha: septiembre 2007

Esta norma ha de combinarse con los principios técnicos para conseguir una mejora de la satisfacción del consumidor por lo que han identificado ocho principios que pueden ser utilizados por la alta dirección los cuales tienen un carácter social, con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

2.2.2.14. Principios Básicos de la Gestión de la calidad. (ISO 9001:2000)

1. Organización enfocada al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto debían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.⁴⁵

2. Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. Mejoramiento continuo. La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores. Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.
9. Satisfacer al consumidor, permite que éste repita los hábitos de consumo, y sea fiel a los productos o servicios de la empresa consiguiendo más beneficios, cuota de mercado, capacidad de permanencia y supervivencia de las empresas en el largo plazo.
10. Las ventajas de implantar un sistema de gestión de la calidad son las siguientes:
 - Aumento de beneficios
 - Aumento del número de clientes
 - Motivación del personal
 - Fidelidad de los clientes

- Organización del trabajo
- Mejora de las relaciones con los clientes
- Reducción de costes debidos a la mala calidad
- Aumento de la cuota de mercado

El propósito de cualquier organización es identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes y otras partes interesadas (empleados, proveedores, accionistas, sociedad) para lograr ventaja competitiva y para hacerlo de una manera eficaz y eficiente, además de obtener, mantener, y mejorar el desempeño global de la organización. Dirigir y operar una organización con éxito requiere gestionarla de una manera sistemática y visible.

Una de las herramientas más eficaces y usadas por las empresas para diferenciarse de su competencia y desarrollar una ventaja competitiva sostenible es el servicio al cliente. Al desarrollar una estrategia de servicio al cliente se deben enfrentar tres decisiones básicas:

- Qué servicios se ofrecerán.
- Qué nivel de servicio se debe ofrecer.
- Cuál es la mejor forma de ofrecer los servicios.

Ya no es suficiente con complacer a nuestro cliente, sino que debemos satisfacer de manera óptima sus expectativas (lo que el cliente espera de nuestra empresa, de nuestros productos y/o servicios) y por tanto este debe ser nuestro objetivo prioritario.

La satisfacción del cliente es el elemento más importante de la gestión de la calidad y la base del éxito de la empresa, recogido de forma expresa en la revisión de la norma ISO 9001:2000 y establece expresamente la necesidad de:

- Disponer de un procedimiento adecuado para medir el grado de satisfacción de los clientes.
- Disponer de datos medibles y que a partir de su tratamiento nos permitan conocer su grado de satisfacción actual, así como poder intuirexpectativas futuras de nuestros clientes.
- Utilizar estos datos para definir actuaciones y procesos internos de la empresa con vistas a mejorar el grado de satisfacción de nuestros clientes y por tanto como hemos dicho anteriormente el éxito de la empresa.

2.2.3. SERVICIO DE OBSTETRICIA

2.2.3.1. Concepto

El nacimiento es el acto final, del mayor milagro de la naturaleza que es la formación y la asistencia a la mujer. En ese momento se coloca a la práctica obstetricia como uno de los servicios de mayor transcendencia en la historia de la humanidad.

Es así que antiguamente se consideraba como un servicios netamente dedicado al arte dela reproducción humana, siendo un campo mas amplio cuyo ámbito de acción es el de la salud sexual y reproductiva de la mujer, la familia y la comunidad incluyéndose la atención a la salud de la mujer antes y después de su vida reproductiva, como también a la salud del varón. (13).

Es una unidad orgánica encargada de desarrollar actividades finales e intermedias de atención de la mujer en la etapa preconcepcional, concepcional y post concepcional, en relación al embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo (14)

2.2.3.2. Origen de la Obstetricia

El progreso de la obstetricia como un servicio fue evolucionando a través del tiempo en periodos diferentes:

2.2.3.2.1. Periodo Preobstetrico: El Parto Solitario.

En un principio la mujer paría a la manera animal, sin ninguna ayuda, en forma solitaria. Esta forma solitaria del parto persiste aún en ciertas culturas; siendo la forma de parto de muchas nativas americanas que siguen fielmente las prácticas de sus antepasados y de quienes dice el Inca Garcilaso de la Vega “Las indias paren sin parteras, no las hay entre ellas, siendo esta la común costumbre, hecha ya la naturaleza, sin distinción de ricos a pobres ni de nobles a plebeyas”.

En la tesis de Eduardo Daniel Lavoreira “El Arte de Curar entre los Antiguos Peruanos” puede leerse: “Es conocida la facilidad con que nuestras indias realizan sus partos; muchas veces, en medio de una jornada, se detienen, apuradas por los dolores y en breves instantes, en un cuarto de hora, o algo más dan a luz. Luego se lavan y lavan a su hijo si hay agua a la mano; y echándoselo a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen su camino como si nada hubiera pasado.”

Esta forma solitaria y preobstétrica de parir era común en todos los pueblos prehistóricos. Lo vemos por ejemplo en Grecia cuando Homero en un verso del Himno a Apolo pinta el cuadro típico del parto solitario inspirado en la realidad parcial común de las griegas de la época prehistórica: “Apolo hijo de Júpiter y de Latona, va a nacer. Ilitia, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona.

Esta sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonríe y nace Apolo”.

Nacimiento de Apolo el Dios de la Medicina contado por Homero y recogido por Richepin en su Nueva Mitología.

2.2.3.2.2. Obstetricia Primitiva:

La obstetricia se inicia en el momento en que el parto deja de ser solitario para ser acompañado o auxiliado a solicitud o por compasión del primero que se aproximaba a la parturienta con intenciones de ayudarla. Posteriormente algunas mujeres que habían pasado varias veces por el trance de parir se dedicaron a prestar ayuda y así nacieron posiblemente las parteras.

En un principio y quizás por mucho tiempo estas mujeres eran hechiceras, curanderas carentes de conocimiento científico, no brindaban ayuda real para la parturienta y cuando el parto no se producía, llamaban en su auxilio a los médicos que no eran otra cosa que brujos o sacerdotes, tan ignorantes como ellas concretándose a su vez a llamar a las divinidades si el parto no se resolvía. La obstetricia primitiva se caracterizó, por la ausencia de conocimientos científicos y de auxilios razonables. Estaba reducida a una infinidad de maniobras supersticiosas inútiles, frecuentemente traumatizantes y bárbaras como golpes, manteos, castigos corporales a las que se sometían las parturientas, Existía una gran variedad de remedios, brebajes, talismanes y amuletos así como frases y aforismos misteriosos; gestos y danzas con los que invocaban a los espíritus. Es la Obstetricia que corresponde a la Medicina Mágica de la Historia Antigua, que se practicaba en los pueblos asentados en el Asia Menor: persas, asirios y babilonios.

2.2.3.2.3. Obstetricia Antigua:

Al rededor del año 1500 a.C. aparece lo que se podría llamar “Obstetricia Antigua” con las primeras prácticas sensatas, especialmente higiénicas realizadas por egipcios y judíos (primeras exploraciones genitales y operaciones obstétricas). Estos pueblos

adquieren algunos conocimientos sobre las presentaciones fetales, realizan exploraciones genitales y operaciones obstétricas como la versión interna, embriotomías inclusive la cesárea después de la muerte de la embarazada. Los romanos en 715 a.C. practicaban la cesárea post-mortem.

Es sabido que la Lex Regia de Numa Pompilio que reinó en Roma desde 715 a 673 a.c. obligaba a extraer el feto a toda mujer embarazada muerta o durante el parto, sin lo cual no podía dársele sepultura.

Aunque existe algún acuerdo respecto a la definición de la operación cesárea, el origen del nombre es todavía incierto. En el libro de Skinner sobre el Origen de los Términos Médicos, se incluye la siguiente afirmación: "Se ha dicho que Julio Cesar nació de esta manera, de aquí el nombre de Operación Cesárea" dice: "No es en modo alguno probable, la popular creencia de que Julio Cesar llegó a este mundo por operación cesárea, ya que Aurelia -su madre- aún vivía cuando el emperador llevó a cabo la invasión de Gran Bretaña; tal recuperación en un tiempo en que la anatomía y la cirugía estaban en sus albores, apenas puede creerse"

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere" (cortar) y en Roma se llamaban "Caesones" a los nacidos por cesárea. Esto nos demuestra que aunque fuese postmortem, en Roma se practicaba con cierta frecuencia. Si bien existen problemas con el origen del nombre de la intervención, las dificultades son mayores, si se trata de determinar cuando fue ejecutada la primera operación Cesárea; no cabe duda que la operación es muy antigua: se practicó en el Imperio Romano, entre los hindús primitivos y entre los egipcios. Es imposible determinar con precisión cuando se llevó acabo por primera vez y si se ejecutó en una mujer viva o después de muerta. Por esos tiempos la obstetricia

estaba en manos de las parteras y sólo cuando el parto no se realizaba espontáneamente, se llamaba al médico.

La primera referencia de una cesárea realizada en una mujer viva se halla mucho más tarde, aunque siempre en la Edad Antigua, en el Mischnah colección de las tradiciones rabínicas del Talmud judeo-babilónico que empieza en la época de Moisés, escrito por eruditos judíos hacia el año 140 de nuestra era.

Uno de los hechos que demuestra el adelanto de la Obstetricia judía de la época del antiguo testamento es el diagnóstico hecho a Rebeca, de su embarazo gemelar antes que se realice el parto En el año 400 a.C. en Grecia en las islas de Cos y de Cnido y hacia el 300 a.C., en Egipto, siguiendo a los ejércitos victoriosos de Alejandro y en especial en la ciudad fundada por él Alejandría, la medicina deja de ser sacerdotal para convertirse en clínica, es decir hipocrática. Los médicos dejan de mirar al cielo y para mirar a los enfermos y los cadáveres. Se inicia el estudio de la Anatomía del hombre y los animales, base de la medicina científica.

En Alejandría Herófilo descubre el ovario femenino. Uno de los setenta y dos libros del Corpus Hipocraticum se dedica íntegramente al estudio de las enfermedades femeninas y resume todos los conocimientos ginecológicos de la escuela Cnédica. La Obstetricia en estos tiempos estaba en manos de parteras y sólo cuando el parto espontáneo no se realizaba eran llamados los médicos quienes se concretaban a mutilar al feto dentro del claustro materno y luego extraerlo. Alrededor del año 200 a.C. la medicina greco alejandrina entra a Roma y los esclavos médicos comienzan a aprender Obstetricia.

En el año 150 d.C. aparece en Roma un gran médico que puede ser considerado el padre de la Obstetricia, Sorano

nacido en Efeso Asia Menor hacia el año 110 a.C.; había estudiado Medicina en Alejandría y terminó radicándose en Roma en la época de Adriano, donde escribió dos libros: uno sobre Las Enfermedades de Mujeres y el otro de Obstetricia donde precisamente se enseña las maniobras de la versión interna en las presentaciones cefálicas estando el feto vivo y cómo deben desprenderse los hombros con dicha maniobra; también funda las indicaciones de la interrupción del embarazo en momentos en que en Roma estaba a la orden del día el aborto criminal. Describe las distocias y enseña a proteger el periné, muy semejante a la que se hace en la actualidad. Fue de la misma época de Claudio Galeno nacido en 130 d.C., 20 años más joven que Sorano, de gran talento; llega a ser médico de los emperadores pero que por desgracia se ocupó muy poco de la Obstetricia.

Igualmente en esta época, la Obstetricia estaba en manos exclusivas de las parteras quienes sin embargo recibían enseñanzas de los médicos que conocían la Obstetricia sólo en teoría ya que les estaba prohibido asistir a los partos y cuando lo hacían era a solicitud de las parteras. La única actividad obstétrica que les era permitida como en Grecia, era la de reducir el volumen del feto en el útero y luego extraerlo; para ello utilizaban pinzas, ganchos y cuchillos encontrados en las investigaciones arqueológicas realizadas en las excavaciones en Pompeya.

2.2.3.2.4. La Obstetricia Medieval:

Desde el siglo II hasta el siglo XVI cae sobre el mundo occidental la oscura noche de la Edad Media: catorce siglos de retroceso, ignorancia y lo poco que se había aprendido se olvidó por completo. Sólo la escuela de Salerno con la médica Trótula, algunos árabes como Avicena y unos pocos judíos como Maimonides mantuvieron el recuerdo de la medicina griega.

La Obstetricia desciende a la superstición y superchería como en la época primitiva; la infección puerperal reina bajo el imperio de la astrología, superstición, religión y la curandería. Los médicos no examinan, no las observan, no las interrogan ni las palpan, lo consideraban denigrante y en el caso de una parturienta, indecoroso examinar a la paciente. Tampoco sabían qué observar en ella, qué pregunta ni qué palpar. Sólo se preocupaban de la fecha del calendario, la posición de los astros; luego discurrían y hacían sus indicaciones carentes de todo fundamento, simples ocurrencias caprichosas y arbitrarias, producto de su imaginación, sin fundamento científico y en latín. Como muestra de lo que era la Obstetricia Medieval transcribimos el relato abreviado, realizado por J.A. Beruti (1931) de lo que relata Demetrio Mereskowski del parto de la duquesa Beatriz Sforza en Milán 1497: *“La Duquesa está de parto. Unos criados llevan un lecho largo y angosto provisto de un colchón duro conservado desde tiempos inmemoriales en el guardarropa del palacio y en el que han tenido sus partos todas las duquesas de la casa Sforza. La parturienta tiene el rostro enrojecido y sudoroso, con mechones de su cabello pegados a la frente y de su boca abierta se escapa un continuo lamento.*

A su lado cuchichean las comadres, las criadas, las curanderas y las comadronas. Una vieja dama dice: sería necesario hacerle tragar clara de huevo cruda mezclada con seda purpúrea desflecada. Otra asegura que lo que debía hacerse era: que tome siete gérmenes de huevo de gallina disuelto en una yema, Otra propone, envolver la pierna derecha con piel de serpiente y atarle sobre el vientre la caperuza del marido. Una propone hacerle beber alcohol filtrado por polvo de cuerno de ciervo y grana de cochinilla. Una vieja murmura: la piedra de águila en la axila derecha y la piedra de amante bajo la axila izquierda y acercándose al Duque con un gran plato de estaño le dice: Alteza dignaos comer carne de lobo para que la parturienta se sienta mejor. El médico principal y dos asistentes más, indican en latín a un

médico joven: tres onzas de limo de río mezclado con nuez moscada y coral rojo machacado, otro dice que sería mejor una sangría y el viejo doctor contesta: ya lo había pensado pero Marte está en el signo de Cáncer en la cuarta esfera solar y además está la influencia de una fecha impar. El médico joven pregunta: ¿No creéis Maestro que haría falta añadir limazas de río, estiércol de marzo y bosta de vaca? El Duque desesperado va al encuentro de unos canónigos y de unos frailes que traen una parte de las reliquias de San Ambrosio, el cinturón de Santa Margarita el diente de San Cristóbal, un cabello de la Virgen, etc". J.A. Beruti termina el relato de la siguiente manera Su alteza dio a luz un niño muerto y ella también murió el martes 2 de enero de 1497 a las 6 de la mañana.

Sin embargo dentro del oscurantismo de la Obstetricia Medieval se pueden rescatar algunos hechos positivos:

En el siglo XII aparece el Codex Hafniensis.

En el siglo XIV se abren en los hospitales los primeros Departamentos para parturientas en: Nuremberg (1339), París (1378), etc.

En el siglo XV se reglamenta la profesión de las parteras: en Ratisbona en 1452, Ulm 1491, París 1545, Francfort 1530, etc.

En 1513 aparece el primer libro impreso para parteras escrito por el médico de Worms, Eucario Roesselinle siguen posteriormente en: 1545, de Walter Reiff, 1547 de Damián Carbón, 1554 de Jacobo Rueffy muchos más. Por esta época fue importante la contribución valiosa de Leonardo da Vinci con sus estudios de Anatomía

2.2.3.2.5. La Obstetricia Moderna:

La segunda mitad del siglo XVI contempla el renacimiento de las artes, ciencias y también de la Obstetricia, al restablecerse los conocimientos antiguos olvidados en la Edad Media. Los viejos manuscritos son leídos con avidez. Los descubrimientos anatómicos de Arancio, Eustaquio, Falopio, Vesalio, etc. superan o contradicen a los antiguos textos, trayendo el descreimiento del principio de autoridad y los hombres comienzan a creer en la naturaleza dejando de reverenciar los archivos polvorientos de los monasterios.

En el año 1550 se inicia la Obstetricia Moderna con dos hechos importantes: En Italia el cirujano Cristóforo Bacín practica una cesárea en una mujer viva y en Francia, otro cirujano Ambrosio Paré, resucita la versión interna y la extracción pelviana; en 1563 publica en París su Tratado de Cirugía y Obstetricia. El primer informe de la ejecución de una cesárea en mujer viva fue publicado en París en 1580 por Rousset, que afirma que el castrador de animales Alespachin realizó la cesárea en su esposa en la localidad de Siegenhausen en 1500 (Page y col. 1976). También en 1500, Jacob Nuffer, suizo, castrador de cerdos, realizó con anuencia de las autoridades, una cesárea a su mujer de varios días de parto, que los médicos y parteras habían tratado sin éxito; refiere la historia que la esposa sobrevivió y tuvo partos vaginales posteriores a la cesárea.

Pero la primera cesárea histórica de que se tiene noticia exacta, fue practicada en Alemania por Gerónimo Tautmann, el 21 de Abril de 1610; la madre murió 25 días después de la operación.

En Francia las parteras pertenecían a la misma cofradía de los cirujanos: la de San Cosme; por prescripción del Código que las regía, cuando el parto no se lograba, debían llamar a los cirujanos más no a los médicos. Esto significó para la Obstetricia francesa

una orientación netamente quirúrgica que persistió durante siglos. Paré y sus discípulos solucionaban todos los problemas con las únicas intervenciones que conocían: la versión interna y la gran extracción pelviana y cuando ello no era posible, el parto terminaba con la destrucción fetal intrauterina y su extracción con pinzas y ganchos. Jaime Guillemauerno de Paré utilizaba estos procedimientos incluso para la placenta previa.

En 1595 en Italia, Escipión Mercurio discípulo de Arancio, observa que la parturienta con muchas horas de trabajo de parto, adoptaba diferentes posiciones hasta terminar atravesada en la cama y con las piernas colgando; logrando algunas veces que el feto descienda y el parto se logre, recomendando esta posición como una de las favorables para el parto. Su consejo es olvidado por tres siglos hasta que Gustavo Adolfo Walcherla reivindica. Además Mercurio utiliza la palpación a través del vientre para el diagnóstico de la presentación, siendo la estrechez pelviana su gran preocupación para la que indicaba la operación cesárea y que no llega a realizarla.

La estrechez pelviana no sólo era preocupación de los obstetras de Italia, sino en toda Europa. En Francia en 1609 Luisa Bourgeois fue la primera en aconsejar solucionarla con la inducción prematura del parto, indicación que nunca realizó.

Además legó el reconocimiento de la presentación de cara, la importancia de la identificación del prolapso del **cordón** y la evacuación uterina en casos de hemorragia, posiblemente por influencias de su esposo que era ayudante de Paré.

En 1620 Pedro Chamberlen construye una pinza para extracción fetal que se adaptaba a la cabeza del feto sin lastimarlo, como sucedían con las otras pinzas que se utilizaban; y lo más

importante era que las ramas de la pinza se podían colocar en forma sucesiva y no simultáneamente como ocurría con todas las pinzas conocidas hasta entonces; ese fue el éxito de Chamberlen y de su invento “el fórceps” que representaría con el tiempo el emblema de la Obstetricia.

Sin embargo existe un bajorrelieve que data del siglo II o III, fue descubierto a mediados de siglo XVII, que parece probar que el fórceps existió por aquellos tiempos y era utilizado en partos difíciles sin mutilación del feto. El estancamiento medieval explicaría que este invento cayó durante varios siglos en el olvido más absoluto. El año 1000 Avicena recomendaba el uso de una pinza para extraer al feto vivo que al parecer era una especie de fórceps que lo describió. Se le podría considerar como precursor del fórceps. Entre los médicos árabes resalta el nombre de Abulcasis nacido en Córdoba en el siglo XII que en su Enciclopedia Médica se refiere a dos especies de fórceps dentados para extraer los fetos muertos. En 1545 J Rueffen su libro “De Conceptu et Generatione Hominis” describe dos instrumentos parecidos al fórceps uno de los cuales, el más pequeño pudo ser utilizado para la extracción del feto sin lastimarlo; por lo que es considerado como el inventor del fórceps.

En general se atribuye como inventor del fórceps a Pedro Chamberlen fundador de barberos cirujanos. Los Chamberlen merecen sin duda un juicio severo por su conducta mercantil, que a criterio de Chassagny, tienen que responder ante la posteridad, el hecho de haber mantenido en secreto un procedimiento con el que se vanagloriaban de poder evitar terribles mutilaciones del feto. La memoria de los Chamberlen no puede honrarse sino con reservas pues es imperdonable que ellos no hayan tenido la menor inquietud de salvar a millares de mujeres y niños. Con el objeto de explotarlo en beneficio propio los Chamberlen guardaron de generación en generación el fórceps en riguroso secreto, al punto de tomar la precaución de llevarlo cuidadosamente oculto debajo de la levita para despistar a los curiosos y

manipularlo a ciegas debajo de las sábanas del lecho de sus clientas. Impulsado por su afán de lucro Hugo Chamberlen hijo de Pedro III se trasladó a París con el objeto de ofrecer el descubrimiento por la suma entonces cuantiosa de 7500 libras a la Real Academia de Medicina. Esta encargó a Mauriceau informar sobre la eficacia del instrumento. Hugo Chamberlen no pudo, a pesar de tres horas de esfuerzos librar una parturienta portadora de pelvis raquítica muy estrecha que le brindó Mauriceau. Para colmo la mujer murió. Mauriceau censuró vivamente el fracaso del colega cuyo negocio no se llevó a cabo, demorándose la difusión del invento.

En 1693 Hugo Chamberlen se trasladó a Holanda donde sin duda apremiado por sus necesidades, vendió su secreto a Roomhuysen partero de Amsterdam. Según una versión maliciosa como remache Hugo entregó una sola rama del instrumento, lo que habría dado origen a la palanca de Roomhuysen. Por contraste se agiganta la personalidad de Palfyn quien al dar a conocer al mundo científico su modelo personal de fórceps, se ha erigido en benefactor de la humanidad mereciendo la admiración y gratitud. Palfyn en 1721 a los 75 años de edad viajó a París a pie (300 Km.) para presentar su instrumento a la academia dando así un ejemplo de desinterés científico.

Felipe Legoust descubre la auscultación de los latidos cardiacos fetales, hallazgo fue olvidado hasta 1888 en que Francisco Isaac Mayor lo pone en vigencia y Lejumeau de Kergaradec tres años más tarde en 1821, le dio su verdadera y completa significación clínica en su célebre memoria a la Academia de Medicina de París.

El año crucial para la obstetricia en el mundo fue 1650; los cirujanos por fin tienen acceso a la sala de partos del hotel Dieu en París y los hombres comienzan a practicar la obstetricia, no sólo

en Francia sino en España y posteriormente en Alemania 100 años más tarde.

En 1666 surge en Francia la gran figura obstétrica de Francisco de Maureceau, quien enseña la maniobra para la extracción de la cabeza última, que llega hasta nuestros días con su nombre. Escribe un tratado magistral donde reseña con gran fidelidad el cuadro de la eclampsia y la infección puerperal; reconoce la posibilidad del embarazo extrauterino, considera los loquios como secreción de la herida uterina, etc. Otro gran tocólogo de esa época fue De la Motte quien se ocupó especialmente de la versión interna perfeccionando su técnica.

En 1690 en Alemania Justina Sigmundinedita en Branderburgo un libro ilustrado para parteras donde enseña la clasificación de las presentaciones cefálicas según situación del occipucio.

En el siglo XVIII se describe el mecanismo de encaje de la presentación (movimientos que ejecuta el feto para exteriorizarse). Enrique van Deventeren Holanda en su Tratado de Obstetricia (1701) demuestra, la inexactitud de las creencias que se tenían hasta entonces, de que el feto se abría camino al exterior por sus propias fuerzas, de que en el parto los huesos de la pelvis se separaban para dejar pasar al feto y que la estrechez pélvica se debía a la unión demasiado sólida del pubis y al insuficiente retroceso del sacro, etc.

La primera cesárea en Gran Bretaña, fue ejecutada el 29 de Junio de 1737 por Smith, cirujano de Edimburgo, en una paciente con Osteomalacia y parto prolongado de siete días. El niño nació muerto y la madre murió dieciocho horas después.

La primera operación cesárea realizada en Gran Bretaña con sobrevivencia de la madre vivió fue practicada por la partera Mary Donally en 1738. La paciente se llamaba Alice O'Neale, de 33 años; había estado en trabajo de parto 12 días y se pensaba que su niño había muerto después del tercer día. Varios intentos de parto vaginal fallaron y la comadrona Mary Donally, hizo una cesárea utilizando una navaja suturó la pared del abdomen con seda y aguja de sastre. La herida fue curada con clara de huevo y la mujer se recuperó con una gran hernia ventral.

Sir Fielding Oulden Irlanda 1742 fue el primero en interpretar correctamente el mecanismo de encaje y para evitar los desgarros perineales de los partos practicó y preconizó la episiotomía profiláctica.

El fórceps de Chamberlen y los otros modelos que le siguieron se adaptaban bien a la cabeza fetal cuando el feto estaba en el exterior pero no cuando aún estaba en el canal del parto y la dificultad de su correcta colocación se debía a no poseer más que la curvatura cefálica, siendo recto el resto del instrumento es decir no adaptable a la curvatura del canal. En 1747 en Francia Andrés Levret construyó un fórceps que además de su curvatura cefálica poseía una curvatura que se adaptaba a la curvatura del canal.

En 1752 en Inglaterra, Guillermo Smellie, practica la primera medición del conjugado diagonal proporcionando un método de extraordinario valor para apreciar la amplitud de la capacidad pelviana. Smellie también inventa un fórceps corto para su aplicación en el estrecho inferior y en 1732 publica su "Treatise" al que le siguieron sus láminas de Obstetricia de insuperable valor artístico y científico. Guillermo Hunter, 20 años más joven que su compatriota Smellie publica en 1774 su

Atlas de Anatomía del útero grávido, otra de las obras que apenas fueron superadas después.

A mediados de siglo XVIII, Alemania se incorpora a la Obstetricia Moderna con Juan Jacobo Friedde Estraburgo que había estudiado en el Hotel Dieu; abre a médicos y estudiantes su Escuela de Parteras y enseña en alemán y no en latín como se estilaba en esos tiempos. Su discípulo Juan Jorge Roedererprofesor en Gotinga funda en 1751 la primera Clínica Obstétrica dedicada a la enseñanza académica de la especialidad en Alemania, publica además el libro “Elementos del Arte Obstétrico”, en 1753 escrito en latín, considerado como el primer Tratado de Obstetricia científico de origen alemán, por lo que Roedereres considerado el fundador de la Obstetricia alemana. En este tratado entre otras enseñanzas establece las reglas para una correcta palpación fetal.

A estos centros de enseñanza le siguieron pronto los de Berlín, Viena, Copenhague, etc. que abrían sus puertas a los médicos, mientras que en Francia en el Hotel Dieu y otros centros las cerraban de nuevo, trayendo como consecuencia la primacía de la Obstetricia masculina en Alemania y la primacía de la Obstetricia femenina en Francia, siendo su mejor exponente la figura de Madame Lachapellebrillante Directora de la Maternidad de París que en 1821 publica su tratado sobre la base de más de 40 000 partos atendidos, dejando grandes enseñanzas como la introducción de la segunda rama del fórceps y la manera de transformar una presentación cefálica modalidad de frente en una de cara.

Comienza entonces la lucha que hasta hoy se mantiene: la de los intervencionistas y la de los no intervencionistas. Los proclives al parto artificial se encuentran en Estrasburgo donde Osiander en 2540 partos emplea el fórceps 1016 veces y realiza la versión

interna en 111, registrando una frecuencia operatoria del 44%. Los inclinados al parto natural siguen a Boer en Viena que sólo tiene una frecuencia operatoria de 0.47%; en 80 partos de cara logra la terminación espontánea en 79 veces. Boer refiriéndose a la Obstetricia francesa en un discurso inaugural dice: "Parece que la naturaleza hubiera abandonado su función del parto al fórceps del tocólogo". Hasta que a fines del siglo y el comienzo del siguiente Juan Luis Baudeloque (1746 – 1810) prefiere ser más ecléctico y moderado, interviniendo sólo los casos que eran necesarios de intervención. En 1775 enseñó a medir el diámetro conjugado externo y desde entonces el diámetro lumbosacrosuprapubiano va asociado a su nombre.

En 1777 Juan René Sigaulten Francia realiza la primera sinfisiotomía a cielo abierto en una mujer viva; pero la primera sinfisiotomía subcutánea parece haberla practicado en 1780 el médico español Francisco Canivell.

La primera operación cesárea en Alta California (América) fue realizada por los curas Josef Viñals y José Viaderen la Misión Santa clara de Asís el 26 de enero de 1799. Se tienen referencias que entre 1769 a 1833 se realizaron 14 operaciones cesáreas, 13 de ellas en nativas y una sola en española; todas las cesáreas se hallan anotadas en los libros de registro de entierros. Estas intervenciones no eran cesáreas como se conocen actualmente sino extracciones del feto del vientre después de muerta la madre. No se conoce con exactitud los detalles de la operación. Se presume que fueron hechas con la técnica recomendada por el cura Josef Manuel Rodríguez.

En 1745 en Palermo Francisco Emanuello Cangiamila escribe el Tratado Embriología Sacra Ovvero del Uffizio de' Sacerdoti, Medici e Superiori, Circa l' "Eterna Salute de" Bambina Raccchiusi Nell Utero, en cuatro tomos que fue traducido al latín, francés

y español donde se refiere a la operación cesárea en mujer viva o muerta y sus recomendaciones estaban destinadas a que los cirujanos y parteras tuvieran, más posibilidades de obtener fetos vivos. Este tratado impresionó al rey Carlos de Sicilia, más tarde rey Carlos III de España, quien expidió una orden en 1749 que a la letra dice: “El rey Carlos por la gracia de Dios, rey de las dos Sicilias, Jerusalén, Infante de España Duque de Parma, de Placencia, etc... al Virrey y Capitán General de este reino, a aquellos venerables cristianos, padres, Arsobispos, Obispos Abades, Priors, Sacerdotes de Parroquias Vicarios y sus Asistentes, a los Jueces que presiden la Corte Real, a los Príncipes, Duques, Salud: sin ninguna duda es preocupante que en varias ciudades y lugares de este reino, mujeres embarazadas han fallecido sin que nadie hubiera realizado esfuerzos para retirar la criatura de su vientre, con la posibilidad de salvarle de una muerte segura y bautizarle para que ingrese al reino de los cielos. Han fallecido embarazadas y enterradas con sus hijos en sus vientres sin que nadie hiciera algo por estas desamparadas criaturas. Movidos por esta situación y alentados por las partes interesadas hemos establecido una comisión para que examine el asunto y esta comisión ha establecido que publicáramos esta orden con carácter de ley: Cualquier mujer de cualquier clase o condición que expire y que su esposo, parientes y sirvientes sepan que está embarazada, cada uno de ellos están obligados después de asegurarse que verdaderamente está muerta, de extraer a la criatura para ser bautizada. Están notificados el cirujano u otra persona entrenada para realizar la operación y si por alguna razón no se realizara la operación inmediatamente se mantendrá el abdomen de la muerta con paños caliente. Finalmente ordenamos que si alguien viola esta orden que será perpetuamente válida y si el esposo, parientes, por impostor o negligencia o por alguna otra razón interfiriera o impidiera la operación y pusiera en peligro la vida del feto o maliciosamente promoviera el aborto será considerado homicida y tratado como un criminal. Todos tengan conocimiento de esto, se publique y cumpla de acuerdo a ley.”. Palermo 9 de agosto de 1749.

La orden de realizar la operación cesárea post-mortem fue introducida en Nueva España por el Virrey Fray Antonio María de Bucareli y Ursa, obligándose a realizar la operación cuando era requerido, bajo la pena de 500 pesos de multa si ésta no se realizaba. La orden del Virrey fue acompañada de un edicto del 4 de diciembre de 1772 por el Arzobispo de México, Alonso Núñez de Haro y Peralta: “a todos los priostes y vicarios de la arquidiócesis que cuando hallen una mujer embarazada en peligro de muerte avisen de inmediato al cirujano y si la madre está muerta realizar la operación y bautizar a la criatura”.

Una segunda orden fue publicada por el rey Carlos IV en 1804 aunque no tan prolija ni detallada como la de Carlos III; indicaba que después de una discusión con la Corte de las Indias y el Secretario de Estado el 25 de diciembre de 1802 ordenó al colegio de San Carlos preparar instrucciones que aprobados por la Corte de Cirujanos da el Decreto Real con el deseo que sean cumplidas por el Virrey, las Cortes y Gobernadores e imploro y mando a los Arzobispos y Obispos en mis dominios de las Indias y Filipinas cumplir y hacer cumplir las instrucciones que acompaño, en todos los distritos y diócesis. Dado en Aranjuez el 3 de abril de 1804.

2.2.3.2.6. Técnica de realizar la operación Cesárea Post Mortem.

No es fácil realizar una operación cesárea después de muerta la embarazada por una persona que no tenga conocimientos de Anatomía, porque se requiere los mismos conocimientos para ejecutar la operación en una embarazada viva. Para que las personas no profesionales puedan realizar la operación se dan las siguientes recomendaciones:

1. Antes de abrir el abdomen comprobar si la mujer está viva o muerta. Para este propósito se colocará espíritu de amoniaco en la boca, ventanas de la nariz y ojos; además se introducirá un alfiler debajo de

las uñas de cualquier dedo o se utilizará cualquier estimulante. Si con estos procedimientos no se percibe algún signo de vida se procederá a la operación.

2. Si el feto está normal extraerlo rápidamente.
3. Para ejecutar la operación deben de haber transcurrido algunas horas.
4. También se ejecutará la operación con el embarazo temprano, también para ser bautizado. Suponiendo que el embarazo está adelantado a mitad del abdomen o está a nivel de las costillas la operación se ejecutará como sigue: Lo único que se requiere es una navaja filuda para la incisión de la pared y otra con punta roma para la incisión en el útero, también puede utilizarse una navaja de afeitar o un corta plumas. Colocar el cadáver en la cama u objeto plano, ligeramente sobre un lado, sin exponer más de lo necesario; comprimir ligeramente el abdomen y realizar una incisión de más de 6 pulgadas de longitud, equivalente a la tercera parte de la vara de Castilla. Esta incisión abarcará piel, músculo y peritoneo. Una vez hecha la incisión se introduce dos dedos para ampliar la incisión y evitar la lesión de los intestinos y la vejiga. La incisión se iniciará a dos traveses de dedo debajo de las costillas y a cuatro traveses de dedo sobre el ombligo. Una vez completada la incisión se realiza una similar en el útero y la bolsa que envuelve al feto. Se removerá la sangre con esponjas o telas y proceda como sigue: si el feto no tiene signos de vida, no lo extraiga hasta que tenga su bautismo condicional; si tiene signos de vida extráigalo por los pies o de cualquier manera, rápido y bautizarle rociándole la cabeza con agua. Una vez extraído y bautizado ate el cordón a uno o dos traveses de dedo de la placenta que se extraerá jalando lentamente del cordón.

Es mejor no suturar pero si colocar una toalla alrededor del abdomen. Con la entrada del siglo XIX la obstetricia alemana progresa vertiginosamente. En 1804 Wenzel logra realizar por primera vez el parto prematuro artificial. En 1805 Osiander practica la

primera cesárea baja cervical y en 1812 Naegele establece la regla para calcular la edad gestacional y la fecha probable del parto por la amenorrea. En Estados Unidos de N.A. Juan Stearns en 1808 inicia el uso de la ergotina en el parto.

En el año 1822 se practica la primera cesárea en los Estados Unidos; se dice que fue una operación realizada por sí misma el 29 de Enero de 1822, era una niña de 14 años, embarazada ilegítimamente de dos gemelos, el primero nació por vías naturales y para el segundo, la madre abrió su abdomen con una navaja. Los doctores Basset y Mc Clellan acudieron a la emergencia y cerraron la herida abdominal, sobreviviendo la paciente.

En Francia Luis Augusto Baudelocquesobrino de Juan Luis idea en 1829 el cefalotribo que con el craneoclasto ideado por Simpson son refundidos en un solo instrumento por Tarnier en el Basiotribo. En Escocia en 1836 James Young Simpson crea el Craneoclasto. En Estados Unidos de N.A. en 1843 Oliver Wendel Holmes comprueba que la fiebre puerperal es una enfermedad contagiosa. La incapacidad de controlar la infección intraperitoneal indujo al profesor Porro de Pavia(1876) introducir una nueva técnica que consistía en la cesárea y la extirpación del útero y sus apéndices, incluidos los ovarios, dejando tan sólo la porción cervical del útero, que redujo la gran mortalidad materna.

2.2.3.2.7. Obstetricia Contemporánea

En 1847 se inicia la nueva era de la Obstetricia Contemporánea y para comprender la importancia de los acontecimientos ocurridos basta con imaginarnos a la parturienta de esos tiempos: ella no tenía por lo menos la esperanza de mitigar los dolores del parto, y si era necesario intervenir, el parto de por sí doloroso, se

convertía en un verdadero tormento y para colmo de los males si lograba salir de esa, le esperaba algo mas grave: la infección puerperal.

La frecuencia de esta complicación era tal que en EEUU en el siglo pasado esta enfermedad había producido más muertes que todas las guerras de ese período, y en Prusia según datos de Boer desde 1816 hasta 1875 murieron de viruela 165,000 mujeres de todas las edades, de cólera 170,000 y de fiebre puerperal 363,000 en edad media de la vida. Esta enfermedad segaba tantas vidas, que en el hotel Dieu en una epidemia en el año 1772 murieron el 70% de las púerperas. Esta pavorosa situación se debía al desconocimiento de la causa que provocaba el mal ya que todavía estaba lejos el año 1897 en que Pasteur, aísla el primer estreptococo obtenido de la fiebre puerperal. La idea corriente que dominaba los altos círculos científicos era que la fiebre puerperal se debía a los miasmas, a genio epidémico, contagio, hacinamiento, predisposición, etc. cuando no, cómo lo afirmaba el célebre Paracelso en el siglo XVI, a las estrellas, venenos, y voluntad de Dios.

Todo esto llega a su fin el año 1874 con la introducción del éter y el cloroformo por Simpson y del lavado de manos e instrumentos por Semmelweis. En ese año hacían ya tres años que en los Estados Unidos de N.A. el dentista Horacio Wells había realizado la primera anestesia operatoria mediante la inhalación de óxido nitroso y hacía un año que Guillermo Tomas Green Morton había hecho otro tanto utilizando éter, pero ninguno de esos anestésicos ni el cloroformo habían sido empleado en Obstetricia cuando en Edinburg, James Young Simpson recurrió al éter por primera vez en una parturienta y el 4 de noviembre del mismo año por primera vez también utilizó el cloroformo. El éter no tuvo mayor aceptación en partos normales no así en los operatorios en los cuales Fournier Deschamps en Francia el 30 de enero del mismo año, 13 días después que Simpson, es el primero en utilizar en un parto con fórceps. El cloroformo en cambio adquiere general aceptación en los

partos espontáneos con algunos detractores. Anestesia que después fue utilizada en la reina Victoria en su 7º parto con el nacimiento del príncipe Leopoldo el 7 de abril de 1853, y en su 8º parto 14 de abril de 1857; por lo que el método se difundió con el nombre de cloroformización a la reina.

Referente a la profilaxis de la infección puerperal Ignacio Felipe Semmelweis médico húngaro establece el lavado de manos con cepillo y jabón y su desinfección con agua clorada con éxito rotundo. Si bien el lavado de manos se remonta a la época del Corpus Hipocraticum donde se recalca la conveniencia de hacerla y mejor si era con agua hervida. Es verdad que Wendell Holmes y en general los parteros ingleses y americanos se lavaban las manos y se cambiaban la ropa después de examinar una parturienta, no lo hacían antes de examinarla; como no relacionaban la fiebre puerperal con otras infecciones, abrían a mano desnuda, como se estilaba entonces, un absceso mamario y luego sin lavarse las manos hacían la exploración genital.

El lavado de las manos con hipoclorito de calcio era conocido desde fines del siglo XVIII; pero nadie antes de Semmelweis preconizó como método sistemático de desinfección de las manos previos al tacto genital ni dio al procedimiento profiláctico las bases experimentales y estadísticas que él proporcionó.

Ignacio Felipe Semmelweis médico húngaro nacido en Budapest en 1812, era médico asistente del hospital de Viena. Observó la notable diferencia de mortalidad por fiebre puerperal entre la primera sección atendida por médicos, en la que los estudiantes hacían su aprendizaje y la segunda sección atendida exclusivamente por parteras donde no concurrían los estudiantes. Observó también que las pacientes que eran examinadas en forma repetida morían con más frecuencia que las que eran poco examinadas; las que tenían su parto

antes de la llegada de los médicos y estudiantes, así como las que tenían el parto en sus casas y aún en la calle, con frecuencia escapaban de la enfermedad. Estudia además la estadística de la mortalidad por fiebre puerperal en la maternidad y encuentra que antes de la creación de la cátedra de Anatomía Patológica la mortalidad era alrededor del 1%; pero después de la fundación de la misma asciende rápidamente y se mantiene a niveles muchos más altos que los anteriores: el 15% en el año de 1842. Observó Semmelweis que las mismas personas, médicos y estudiantes, que practicaban autopsias iban a la maternidad y examinaban a las parturientas. De inmediato relaciona estos hechos y se le hace evidente que la fiebre puerperal se debe a partículas llevadas por las manos de los médicos y estudiantes. La autopsia de su amigo Kolletschka fallecido de septicemia a raíz de una herida ocasionada al practicar una necropsia, encuentra las lesiones habituales de las madres muertas de fiebre puerperal. Se convence que esta última y la infección que mató a su amigo era una misma enfermedad cuya causa era también la misma. De inmediato establece su lógica profilaxis: lavado de las manos con cepillo jabón y desinfección con el mejor desinfectante conocido en esa época: el agua clorada o la solución de hipoclorito o cloruro de calcio. El éxito fue rotundo: mientras que en el mes de abril de 1847, antes de la introducción del método, la mortalidad en su sala había sido del 18%; en el mes de julio del mismo año, después de la introducción del método, la mortalidad bajó al 1.6%, menos de la décima parte.

El método del partero Semmelweis había eliminado a los microbios sin tener la menor idea de su existencia 30 años antes que Pasteur los visualizara y 20 años antes que Lister introdujera el ácido fénico en cirugía y creara la palabra antisepsia.

Desde ese momento el progreso de la obstetricia es tan grande que es imposible enumerar los logros en descubrimientos, investigaciones, procedimientos, tratamientos. etc.

Para referir algunos: En 1851 en Alemania Gustavo Adolfo Michaelis y Carlos Conrado Litzmann estudian y describen detalladamente la Anatomía y Semiología de las pelvis viciadas; dejándonos el primero su recordado cuadrilátero o rombo de Michaelis y el segundo la clasificación anatómica de las pelvis anormales.

En 1853 Carlos Sigmundo Francisco Crede describe la maniobra que lleva su nombre, para el alumbramiento y en 1881 introduce su método profiláctico de la oftalmía purulenta del recién nacido: el colirio de nitrato de plata al 2%.

En 1860 en Inglaterra Juan Braxton Hicks crea la versión combinada intempestiva que permite, con una dilatación cervical de pocos cms. lograr que el feto primitivamente en presentación cefálica o troncular quede en pelviana con una extremidad inferior descendida en la vagina o aún en el exterior, desde la cual posteriormente se hace presa para realizar la extracción fetal o lo que es más útil si se tracciona permanentemente para que la nalga fetal comprima una placenta baja que por haberse desprendido precozmente es causa de hemorragia en una parturienta.

En 1864 Hugo Lenoir describe los planos pelvianos paralelos al estrecho superior para precisar el grado de encaje de la presentación fetal. En 1873 Jacobo Mateo Duncan explica el mecanismo de la hemorragia de la placenta previa. En 1875 en Viena Luis Bandl explica el mecanismo de la rotura de útero describiendo el síndrome de la rotura inminente con su fisiopatología y fisiología. En 1877 en París

Esteban Tarnier crea el fórceps con tractor para la extracción fetal en presentaciones altas.

En 1878 en París Adolfo Pinard publica su Tratado sobre la palpación abdominal desde el punto de vista obstétrico, con lo que consigue que este método semiológico si bien ya conocido por Mercurio en 1645 y reglado por Roederer en 1552, pero no aceptado por los obstetras, lo fuera a partir de entonces.

En 1881 en Alemania Fernando A. Kehrer y al año siguiente Max Saenger perfecciona la sutura del útero en la operación cesárea evitando dejarlo sin suturar dentro del abdomen como se hacía habitualmente hasta entonces.

En 1889 en Stuttgart, Gustavo Adolfo Walcher, actualiza la posición del decúbito dorsal con las piernas colgando preconizada por Mercurio en 1595. En 1892 en Alemania Alfredo Dehesen amplía quirúrgicamente las partes blandas con técnica reglada y la operación cesárea vaginal (Colpohisterotomía cérvico segmentaria).

En 1892 en los Estados Unidos de N.A. agosto Carlos Bernay realiza la operación cesárea como tratamiento de la placenta previa que hasta ese momento era tratada mediante punción de las membranas por Puzos, con el parto forzado por Guillemau, taponamiento vaginal por Stein, el balón intrauterino por Barnes y Braun y hasta por la desinserción total de la placenta antes de extraer al feto por Simpson.

En 1897 en Dorpat, Livonia H. Zoege von Manteuffel introduce el uso de los guantes de goma en la atención del parto. Ese mismo año en Rusia Vasilio Vasilovich Stroganov inicia el

tratamiento médico de la eclampsia, con la administración de morfina y cloral.

La analgesia epidural tiene sus inicios en el siglo pasado -1885- con Corning, quien anestesia perros con cocaína por fuera de la médula.

2.2.3.2.8. Obstetricia en el Siglo XX

En 1903, Cathelin publica un tratado sobre anestesia epidural, en el que hace un informe de 80 casos, introduciendo así la anestesia epidural con solución de cocaína, en Cirugía Obstétrica y Terapéutica.

Con el descubrimiento de la Novocaína, Stokelen 1911 aplica la analgesia epidural en Obstetricia, y Lawenen - 1911- la aplica en Cirugía. En 1920 el argentino Gutiérrez, describe el signo de la Gota Colgante y en 1938 Graffagnino y Seyler aplican la dosis única para lograrla. León J. (1967)

En 1906 Enrique Dale descubre la acción oxitócica del extracto del lóbulo posterior de la hipófisis. En 1913 en Inglaterra Watson difunde el esquema para la inducción médica del parto con aceite de ricino, enema de jabón, sulfato de quinina y extracto de lóbulo posterior de la hipófisis. En 1916 Christian Kjelland crea un fórceps lo suficientemente largo como para extraer al feto en presentación alta.

En 1925 en Estrasburgo J. Kreiss sostiene que la bolsa de las aguas es una fuerza inútil para la dilatación cervical y a veces un obstáculo por lo que aconseja su rotura cualquiera que sea el grado de dilatación, siempre que no exista desproporción manifiesta. En 1931 sistematiza sus ideas y preconiza el “parto médico”; más tarde en

Lyon en 1933 J. Voron y H. Pigeaud llaman “parto dirigido” a esta conducta con el agregado de hipofisina.

En 1928 Schickeléal observar actividad anómala del cuello uterino en el parto y su repercusión sobre la dinámica crea el concepto de disinergia funcional patológica cervicocorporal. Ese mismo año en Alemania SalmerAschheimy Bernardo Zondek observan la maduración sexual artificial de ratas y lauchas impúberes con la inyección de orina de embarazadas, logrando un método biológico de diagnóstico precoz del embarazo.

Un año más tarde en 1929 en los Estados Unidos de N.A. Mauricio H. Friedman observa el mismo hecho en la coneja logrando una reacción o prueba del embarazo similar a la de Ashheim y Zondek pero más sensible. En 1935 en Alemania E. Brachsostiene que en el parto en presentación pelviana los hombros se desprenden en el diámetro transversal girando el cuerpo fetal alrededor de la sínfisis materna, preconizando la maniobra manual para el desprendimiento de hombros que lleva su nombre.

2.2.3.2.9. Obstetricia Actual

Corresponde a la era antimicrobiana con la síntesis de la primera sulfamida por Gelmoen Alemania, en 1908, descubierta sus propiedades bactericidas por Eisembergen 1913; e introducida en 1932 por Domak, tratando exitosamente la septicemia estreptocócica en ratones. Al año siguiente en 1933 Foester realizó la primera aplicación clínica curando con la misma droga a un lactante afectado de una grave septicemia estafilocócica. El uso de las sulfodrogas fue aumentando con los años, alcanzando su culminación entre 1940 y 1944 que se inicia la era antibiótica con la Penicilina, descubierta en 1928 por Fleming en el St. Mary Hospital de Londres.

2.2.3.2.10. Obstetricia en el Perú.

Mientras esto sucedía en el mundo en el Perú. En el tiempo de las culturas pre incaicas y en la época incaica la medicina vernacular ya había alcanzado un desarrollo sorprendente no obstante de su concepción mágico-religiosa como lo demuestran las trepanaciones craneanas realizadas para que puedan salir los demonios. En el virreinato la medicina autóctona sufre la influencia de la civilización hispánica y árabe y se instala el Tribunal del Protomedicato encargada del ejercicio de la actividad médica. Durante el virreinato destacaron varios médicos como Gaspar de Meneses, Pedro Peralta en el siglo XVI Francisco de Rúa y Collazos, Gabriel Moreno en el siglo XVII y a las finales Hipólito Unanue los fundadores del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. En esa época todavía conservaba muchos de los prejuicios medievales, la cirugía la ejercían los barberos y charlatanes, la mortalidad infantil era muy elevada y lo mismo ocurría con los partos que eran atendidos por comadronas o empíricas y la ciencia médica dejaba mucho que desear el estudiante era abrumado por ideas filosóficas y el aprendizaje de intrincados textos en latín. Unanue crea con el apoyo de virrey Gil de Taboada y Lemos El Real anfiteatro anatómico de San Andrés en 1792 en el hospital del mismo nombre y posteriormente estableció las llamadas Conferencias Clínicas y con el plan de enseñanza Cuadro Sinóptico comienza la era de la Escuela Médica Peruana. Posteriormente el 1 de octubre de 1811 se inaugura el Colegio de San Fernando.

A la generación de Unanue le sigue la de Cayetano Heredia que en 1834 fue nombrado rector del Colegio Independencia auténtico educador ya que con su propio peculio envió a Europa a José Casimiro Ulloa, Rafael Benavides, y otros y logro incorporar profesores extranjeros de la talla como Antonio Raymondi, Manuel Solari, José Eboli y Sebastián Lorente.

Generación de Ulloa entre los años 1815-1830 fue la mas brillante de la Escuela Médica Peruana con médicos que sobresalieron en la diferentes ramas de la medicina entre ellos y en lo que se refiere a la especialidad el nombre de José Jacinto Corpancho fundador de la cátedra de Clínica Médica de Mujeres de la facultad de San Fernando y Camilo Segura Director del Hospicio de la Maternidad Generación de Lino Alarco entre 1831 a 1845 donde destaca Ignacio Acuña pionero de la obstetricia y profesor del curso de Partos, Lino Larco pionero de la cirugía. Posteriormente José Antonio Morales Alpaca inventor de un fórceps precursor al de Tarnier, fue pionero de la obstetricia y ginecología en Arequipa Generación de Francisco Almenara 1850 pionero de la pediatría en el Perú y Constantino Carvallo pionero de la ginecología y fundador de la Escuela de Ginecología Peruana introdujo los rayos X. Néstor J. El Dr. Camilo Segura practicó la primera cesárea en una paciente fallecida. Corpancho iniciador de la cirugía ginecológica en 1869 y Belisario Sosa Peláez catedrático de Obstetricia.

Generación de Ernesto Odriozola 1872 con Miguel C. Aljovinen la cátedra de Ginecología, Eduardo Bello cirujano ginecólogo director del Hospital Loayza y Wenceslao f. Molina construye el Hospital de Maternidad.

Generación de Carlos Monge 1884 con Alejandro Busalleu y Constantino Carvallo que crea el instituto de Radioterapia que después se convertiría en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas. Enrique Febres Odriozola profesor de patologías obstétrica y fundador de la primera Clínica Obstétrica de Lima Generación de Honorio Delgado 1891 con Rolando Colaretaprofesor de la Escuela de Obstetricia de la Maternidad.

El 31 de mayo de 1931 el Dr. Alberto Bartonpracticó una cesárea y obtuvo un recién nacido vivo aunque la

madre murió 3 horas después, la primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad en la Maternidad de Lima obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr. ⁽¹⁵⁾

OBJETIVOS FUNCIONALES:

- Dar atención especializada a todas las gestantes de mediano y alto riesgo en sus diferentes etapas, en todas las áreas del servicio.
- Realizar prevención de problemas obstétricos y reproductivos.
- Brindar atención especializada a la gestante durante el parto, el puerperio y además atención especializada al recién nacido.
- Brindar atención del post parto no complicado y cirugía con anestesia local. ⁽¹⁶⁾

2.3. HIPÓTESIS:

2.3.1. Hipótesis General.

Existe una relación significativa entre la satisfacción de las pacientes y el servicio de obstetricia en el centro de salud José Olaya. – Chiclayo 2014.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- ❖ El servicio que ofrece el área de obstetricia satisface altamente las expectativas de las pacientes que acuden al centro de salud José Olaya.
- ❖ La percepción de las pacientes en la atención que brinda el personal de obstetricia del centro de salud José Olaya es buena.
- ❖ La implementación del área de obstetricia para afrontar la atención de las pacientes es adecuada.

2.4. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES:

2.4.1. Variable Independiente: Nivel de satisfacción.

- **Definición conceptual:** Bienestar o complacencia de la usuaria con la atención recibida del proveedor de salud.
- **Definición operacional:** Grado al que espera llegar la paciente a través del logro de sus principales necesidades, es decir la percepción subjetiva sobre la calidad de atención recibida, expectativas y percepción que encontró en la solución de sus problemas de salud.

2.4.2. Variable Dependiente: Servicio de obstetricia.

- **Definición conceptual:** Conjunto de actividades que buscan responder a una o más necesidades relacionadas a la mujer como son: las áreas de planificación familiar, control de embarazo y puerperio, enfermedades de transmisión sexual, atención de parto.
- **Definición operacional:** Prestación enfocada a la mujer y a su vida sexual reproductiva.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
VARIABLE INDEPENDIENTE NIVEL DE SATISFACCIÓN	Bienestar o complacencia de la usuaria con la atención recibida del proveedor de salud.	Grado al que desea llegar el paciente a través del logro de sus principales necesidades, es decir la percepción subjetiva sobre la calidad de atención recibida, expectativas y percepción que encontró en la solución de sus problemas de salud.	• EXPECTATIVAS • PERCEPCIÓN	• Aspectos tangibles. • Confiabilidad. • Capacidad de respuesta. • Seguridad. • Empatía.	PREGUNTAS
VARIABLE DEPENDIENTE SERVICIO DE OBSTETRICIA	Conjunto de actividades que buscan responder a una o más necesidades relacionadas a la mujer como son; las áreas de planificación familiar, control del embarazo y puerperio, enfermedades de transmisión sexual, atención de parto.	Prestación enfocada a la mujer y a su vida sexual reproductiva.	• CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. • CONTROL PRE NATAL Y DE PUERPERIO. • HOSPITALIZACIÓN	• Orientación. • Consejería. • Tratamiento pertinente • Orientación • Consejería • Tratamiento pertinente • Referencia • Control/Chequeo • Control/Chequeo • Tratamiento pertinente • Consejería	PREGUNTAS

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

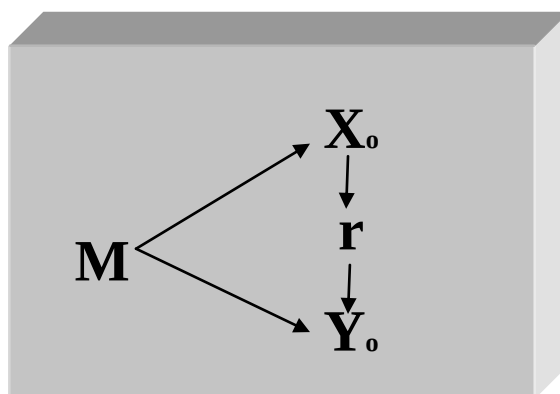
MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se encuentra circunscrito dentro del enfoque Cuantitativo - Cualitativo, por su nivel de estudio, es una investigación Básica, atendiendo a su naturaleza es Descriptiva – Correlacional.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN / CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El diseño asumido en la presente investigación es Descriptivo – Correlacional; cuya fórmula es la siguiente:



Dónde:

M = Constituye la muestra en estudio

O = Constituye la medición que se realizará la muestra

X = Es la variable independiente (Nivel de satisfacción)

Y = Es la variable dependiente (Servicio)

R = Es la relación de las variables

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población en estudio estuvo conformada por un total de 1600 pacientes que acuden al servicio de obstetricia del centro de salud José Olaya de Chiclayo - 2014.

3.3.2. Muestra

La muestra en estudio estuvo conformada por 300 pacientes que acuden al servicio de obstetricia del centro de salud José Olaya de Chiclayo; las mismas que fueron seleccionadas de manera aleatoria, haciendo uso de la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 pq N}{Z^2 pq + e^2 [N - 1]}$$

$$= \frac{1.96^2 \times 0.6 \times 0.4 \times 1600}{1.96^2 \times 0.6 \times 0.4 \times 0.05^2 [1599]}$$

$$N = 300$$

En consecuencia el tamaño de muestra será de 300.

Donde:

- z : Nivel de confianza al 95%
- p : Proporción de pacientes que se encuentran satisfechos o muy satisfechos con el servicio.
- q : 1 – p
- e : Margen de error al 5%

3.3.3. Técnica de muestreo

La técnica que se presentó en el presente estudio fue Probabilística, dado que al tomarse la muestra tienen la misma posibilidad de ser elegidos.

3.4. MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Materiales

- Útiles de escritorio

- Fichas de investigación
- Documentación bibliográfica

3.4.2. Técnicas

➤ De Gabinete

- ✓ **El Fichaje:** Se utilizó para fijar conceptos y datos relevantes, mediante la elaboración y utilización de fichas para registrar organizar y precisar aspectos importantes considerados en las diferentes etapas de la investigación. Las fichas utilizadas son:
 - **Ficha de Resumen:** fueron utilizadas en la síntesis de conceptos y aportes de diversas fuentes, que fueron organizados concisa y pertinentemente en estas fichas, particularmente sobre contenidos teóricos o antecedentes consultados.
 - **Ficha Textuales:** Permitieron la transcripción literal de contenidos, sobre su versión bibliográfica o fuente informativa original.
 - **Fichas Bibliográficas:** Se utilizaron en el registro de datos sobre las fuentes recurridas y consultadas que dieron el soporte científico correspondiente a la investigación.

- **Encuesta:** permitió recoger opiniones de los participantes e integrantes de la muestra, se concreta en un cuestionario.

3.4.3. Instrumentos

➤ CUESTIONARIO.

Permitió identificar la perspectiva respecto al nivel de satisfacción respecto al servicio de Obstetricia, consta de 24 ítems enmarcados en los criterios considerados en la operacionalización de variables. Dicho cuestionario, ha

sido diseñado por la autora bajo la orientación firme de la docente encargada de la metodología.

❖ **Procedimiento del diseño de los instrumentos**

1. El instrumento se diseñó teniendo en cuenta el siguiente procedimiento.
2. Se partió tomando en cuenta las variables a medir.
3. Se revisó la definición conceptual a fin de una comprensión y conocimiento de las dimensiones a operacionalizar en las variables.
4. Se revisó la definición operacional a fin de elaborar los ítems respectivos.
5. Su validación se hizo a través de un “juicio de expertos” (metodólogo y asesor temático)

❖ **Procedimiento para establecer la validez y confiabilidad del instrumento.**

La validez del instrumento se realizó a través de un juicio de expertos que implico lo siguiente:

- Se remitió el instrumento (cuestionario) a especialistas, (expertos) quienes procedieran a revisarlo y formularon sus respectivas observaciones y aportes.
- Se ajustaron los instrumentos sobre la base del juicio de expertos, poniéndose a punto para su aplicación.
- Se expidió nuevamente los cuestionarios reestructurados a los expertos, quienes determinaron su validez de contenido del mismo, refrenado su opinión con sus respectivas firmas.

Confiabilidad. La confiabilidad fue determinada por Alfa de Cronbach.

3.5. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos mediante la aplicación de instrumentos, fueron analizados de manera cuantitativa y haciendo uso del software SPSS versión 21, a partir de la opción “Analizar” frecuencias y porcentajes.

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

Los datos se organizaron en cuadros estadísticos y gráficos que permiten su análisis e interpretación pertinente.

CAPÍTULO IV

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Según la aplicación del cuestionario a la muestra, se presentan sus respuestas dadas al mismo, ítem por ítem:

Tabla 1: Nivel de satisfacción de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya según afiliación al Seguro Integral de Salud – Chiclayo -2014.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	CUENTA CON SEGURO INTEGRAL DE SALUD				TOTAL	
	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
Muy satisfecha	57	29.1%	31	29.8%	88	29.3%
Satisfecha	130	66.3%	70	67.3%	200	66.7%
Regular	0	.0%	3	2.9%	3	1.0%
Insatisfecha	4	2.0%	0	.0%	4	1.3%
Muy insatisfecha	5	2.6%	0	.0%	5	1.7%
TOTAL	196	100.0%	104	100.0%	300	100.0%

$$\chi^2_{\text{exp}} = 10.451$$

$$gl=4$$

$$\chi^2_{\text{tab}} = 10.451$$

$$p < 0.05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Se encontró relación significativa entre el nivel de satisfacción de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya y la afiliación al Seguro Integral de Salud ($p < 0.05$).

Encontramos altos porcentajes de gestantes satisfechas, 66.3% si están afiliadas al SIS y 67.3% en las que no están afiliadas al SIS, luego un 29.1% de gestantes afiliadas al SIS se muestran muy satisfechas y el 29.8% de gestantes no afiliadas al SIS se encuentran muy satisfechas.

El 2.9% de gestantes no afiliadas al SIS muestran una regular satisfacción.

El 2% y el 2.6% de gestantes afiliadas al SIS muestran insatisfechas o muy insatisfechas.

Figura 1: Nivel de satisfacción de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya según afiliación al Seguro Integral de Salud – Chiclayo -2014.

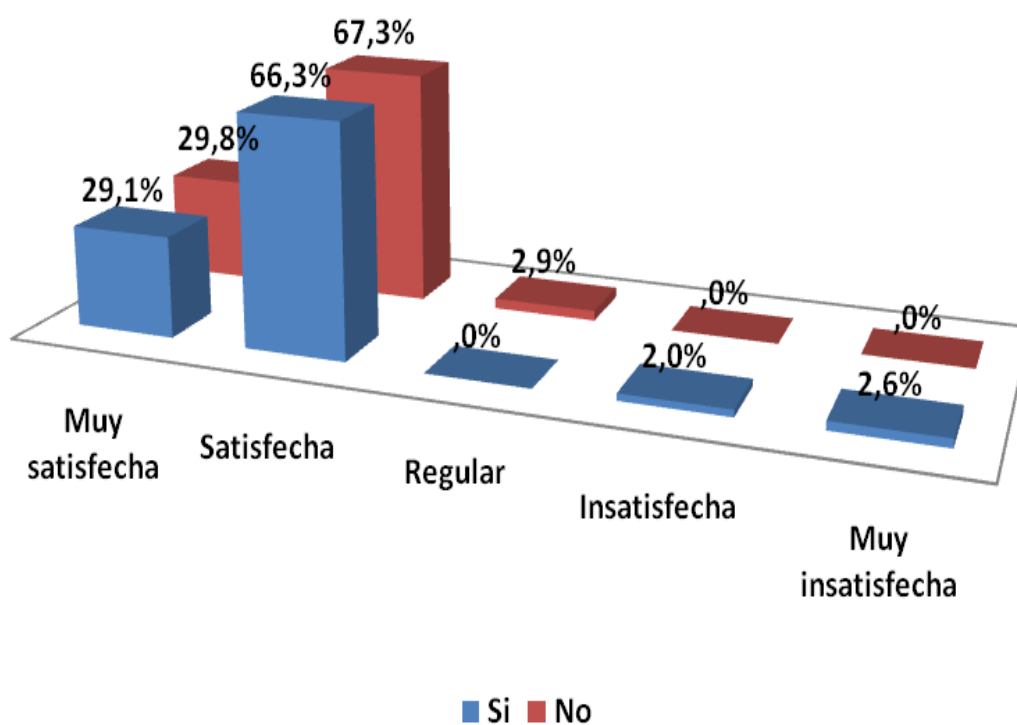


Tabla 2: Indicadores demográficos de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo - 2014.

EDAD EN AÑOS	n	%
Menor de 20	57	19.0
20 a 35	177	59.0
Más de 35	66	22.0
Grado de Instrucción		
Analfabeta	10	3.3
Primaria	46	15.3
Secundaria	156	52.0
Superior	88	29.3
Ocupación		
Ama de casa	158	52.7
Trabaja eventualmente	90	30.0
Estudiante	28	9.3
Trabajo estable	24	8.0
Cuenta con Seguro Integral de Salud		
Si	196	65.3
No	104	34.7
En el servicio de obstetricia usted es		
Nueva	84	28.0
Continuadora	216	72.0
TOTAL	300	100.0

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El 59% de **gestantes** atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya tienen de 20 a 35 años de edad, un 52% cuentan con educación secundaria, el 52.7% son amas de casa, el 65.3% cuentan con seguro integral de salud y el 72% son continuadoras.

Figura 2: Indicadores demográficos de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo - 2014.

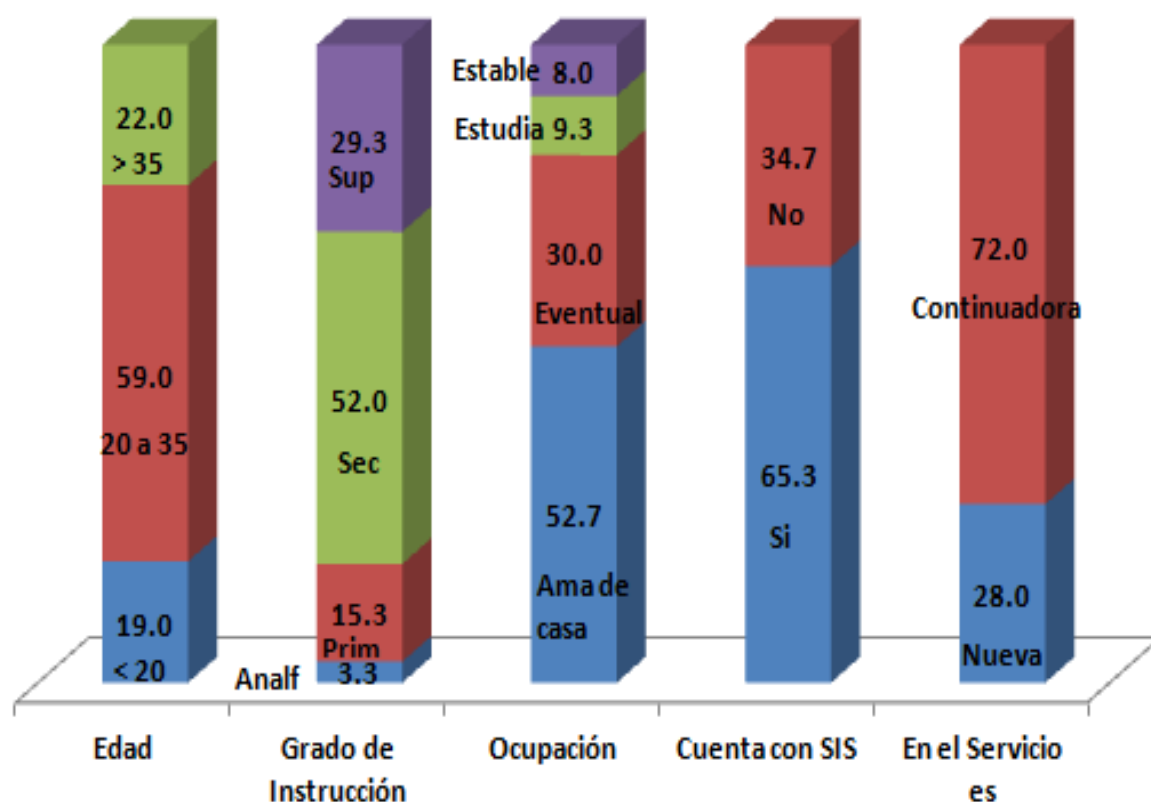


Tabla 3: Percepción sobre la infraestructura y equipamiento de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

CONSIDERA USTED QUE LA LIMPIEZA, VENTILACIÓN ILUMINACIÓN DEL SERVICIO ES	n	%
Buena	215	71.7
Regular	79	26.3
Deficiente	6	2.0
Total	300	100.0
La privacidad del consultorio la considera		
Buena	253	84.3
Regular	46	15.3
Deficiente	1	.3
La comodidad del establecimiento de salud la considera		
Buena	239	79.7
Regular	56	18.7
Deficiente	5	1.7
El CS José Olaya se encuentra implementando para la atención que usted requería		
Buena	173	57.7
Regular	117	39.0
Deficiente	10	3.3
La ubicación del consultorio es		
Buena	259	86.3
Regular	36	12.0
Deficiente	5	1.7
TOTAL	300	100.0

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El 71.7% de gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya consideran que la limpieza, ventilación e iluminación del Centro de Salud es buena, el 84.3% considera que la privacidad de los consultorios es buena, el 79.7% considera que la comodidad que brinda el Centro de Salud es buena, el 57.7% considera que la implementación del Centro de Salud es buena y un 39% la considera regular, un 86.3% considera que la ubicación de los consultorios es buena.

Figura 3: Percepción sobre la infraestructura y equipamiento de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

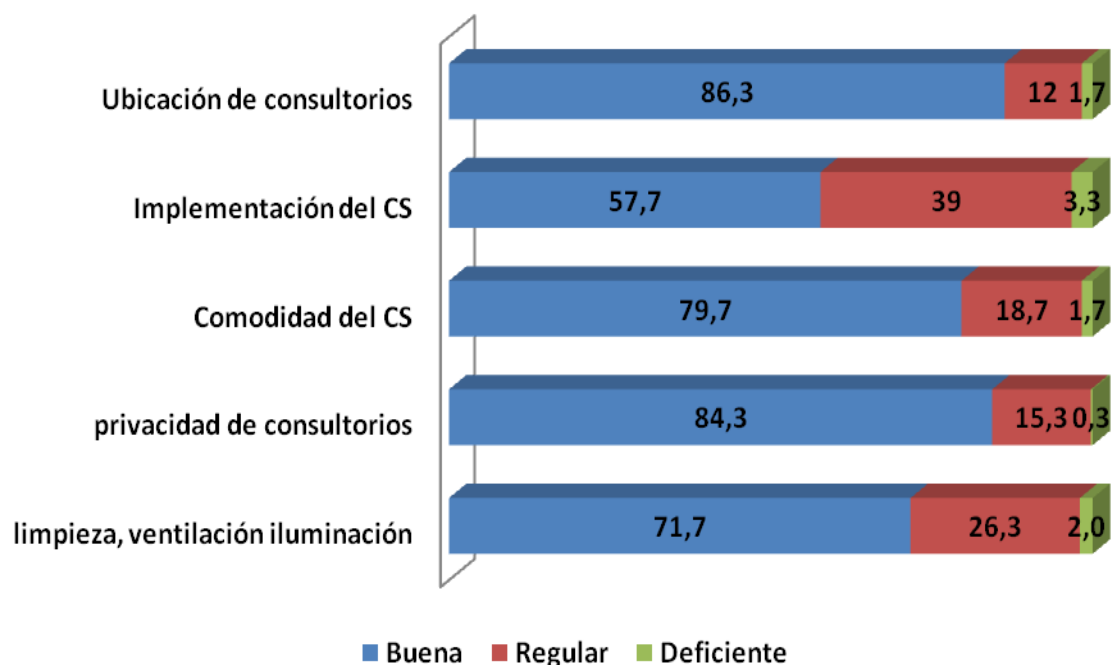


Tabla 4: Percepción sobre la atención del personal asistencial de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

LA ATENCIÓN QUE LE BRINDÓ EL PROFESIONAL, PRESTÁNDOLE INTERÉS Y ATENCIÓN DURANTE SU VISITA FUE	n	%
Buena	288	96.0
Regular	12	4.0
El personal transmite confianza y seguridad durante la atención en el área de consulta		
Buena	290	96.7
Regular	6	2.0
Deficiente	4	1.3
El trato del personal fue		
Buena	288	96.0
Regular	12	4.0
TOTAL	300	100.0

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El 96% de gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya **considera** que la atención que le brindó el profesional, prestándole interés y atención durante su visita fue buena, el 96.7% percibe que el personal transmite confianza y seguridad durante la atención en el área de consulta, el 96% manifiesta que el trato del personal es bueno.

Figura 4: Percepción sobre la atención del personal asistencial de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

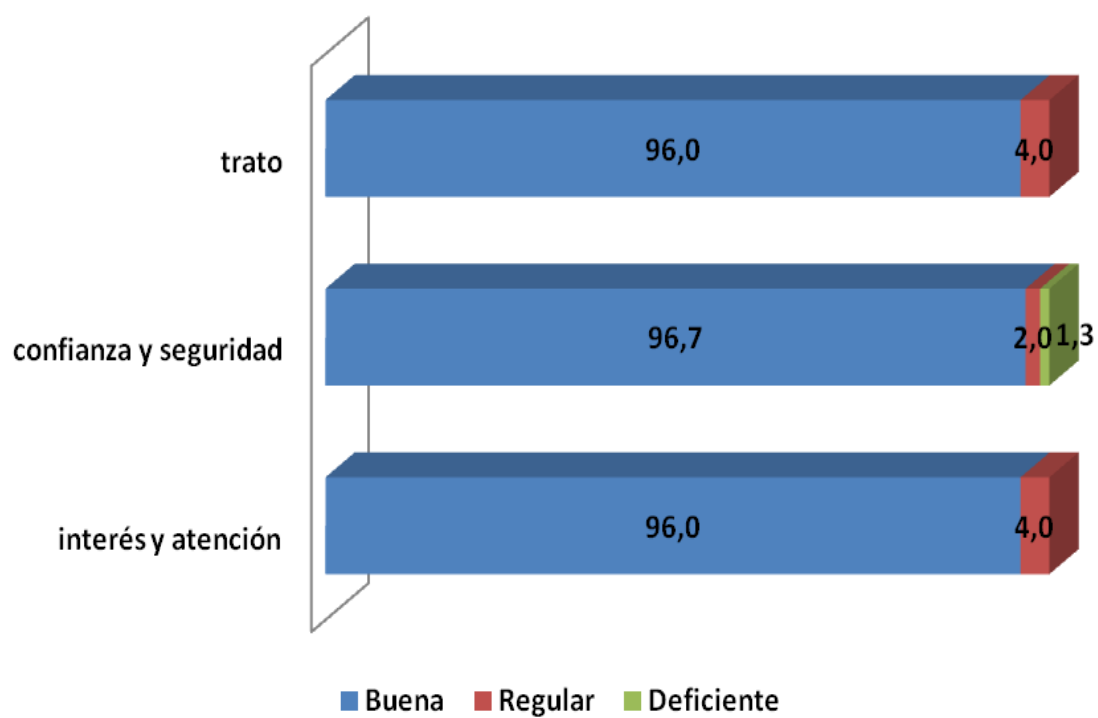


Tabla 5a: Percepción sobre el tiempo de espera de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

EL TIEMPO DE ESPERA EN RECIBIR LA CONSULTA	n	%
Buena	191	63.7
Regular	107	35.7
Deficiente	2	.7
El tiempo que duró la consulta fue	n	%
Buena	279	93.0
Regular	21	7.0
TOTAL	300	100.0

ANALISIS E INTERPRETACION.

El 63.7% de gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya consideran bueno el tiempo de espera para recibir la consulta, un 35.7% lo consideran regular; el 93% sostiene que el tiempo que duró la consulta es bueno.

Figura 5a: Percepción sobre el tiempo de espera de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

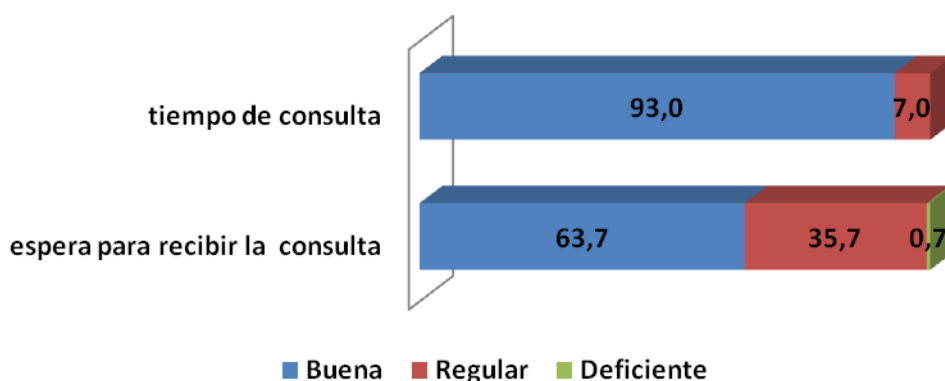


Tabla 5b: Descripción del tiempo de espera de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

			ESTADÍSTICO
TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO (MIN)	Media		54,33
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	49,41
		Límite superior	59,25
	Mínimo		1
	Máximo		240
EL TIEMPO QUE DURÓ LA CONSULTA (MIN)	Media		22,60
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	21,26
		Límite superior	23,95
	Mínimo		3
	Máximo		60

ANÁLISIS E INTERPRETACION.

El tiempo promedio de espera fue de 54 minutos y el tiempo promedio que duró la consulta fue de 23 minutos. El 95% de las gestantes esperaron para ser atendidas entre 49 y 59 minutos y el tiempo de consulta duró entre 21 y 23 minutos.

Figura 5b: Descripción del tiempo de espera de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

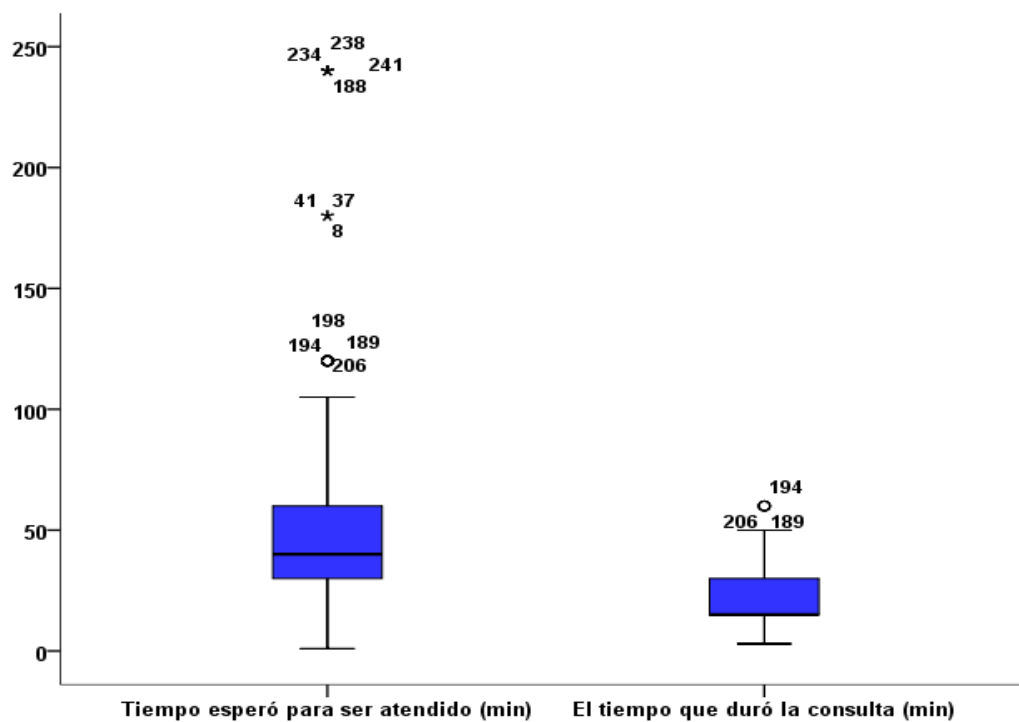


Tabla 6: Percepción sobre la información recibida de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

LA INFORMACIÓN BRINDADA FUE CLARA Y PRECISA PARA EL TRATAMIENTO DE SU SALUD FUE	n	%
Buena	286	95.3
Regular	14	4.7
Cómo calificaría usted las instrucciones pertinentes a los cuidados que debería usted tener con respecto a su atención		
Buena	287	95.7
Regular	13	4.3
Cómo calificaría la atención del profesional que le atendió respecto a sus conocimientos y habilidades para resolver su atención		
Buena	293	97.7
Regular	7	2.3
La información que le dio el personal con respecto a su consulta fue		
Buena	294	98.0
Regular	5	1.7
Deficiente	1	.3
La documentación requerida para su atención es	n	%
Buena	291	97.0
Regular	9	3.0
TOTAL	300	100.0

ANÁLISIS E INTERPRETACION.

El 95% de las **gestantes** atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya considera que la información brindada fue clara y precisa para el tratamiento de su salud fue, el 96.7% califica que las instrucciones pertinentes a los cuidados con respecto a su atención fueron buenas, el 97.7% califica la atención del profesional que le atendió respecto a sus conocimientos y habilidades para resolver su atención fue buena, el 98% refiere que la información que le dio el personal con respecto a su consulta fue buena y el 97% precisa que la documentación requerida para su atención es buena.

Figura 6: Percepción sobre la información recibida de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya – Chiclayo -2014.

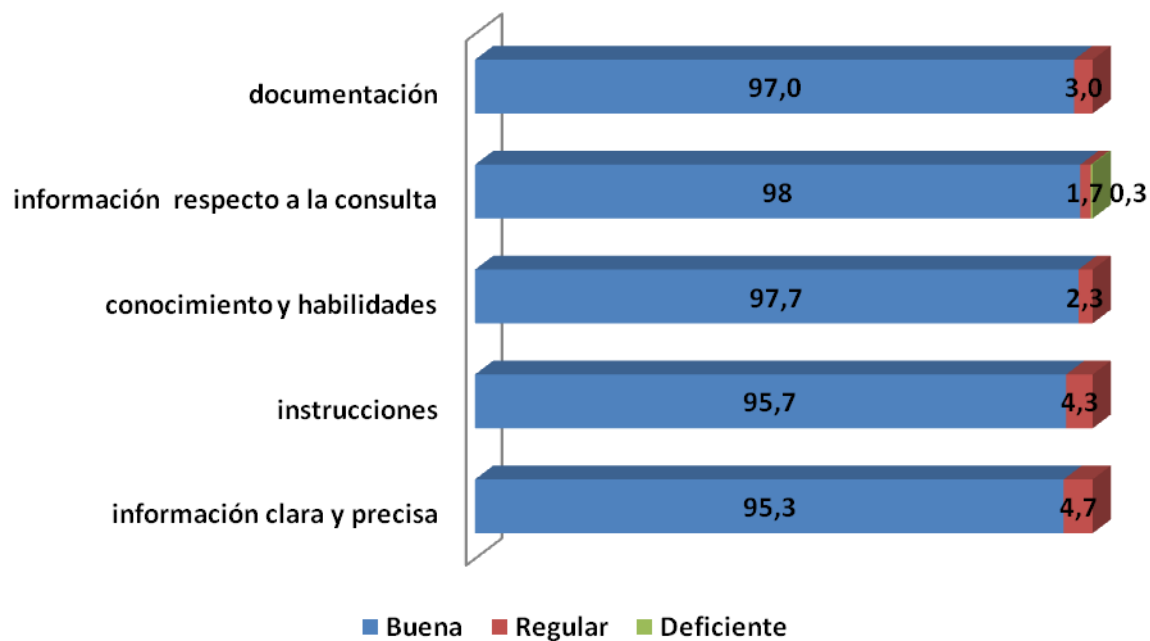


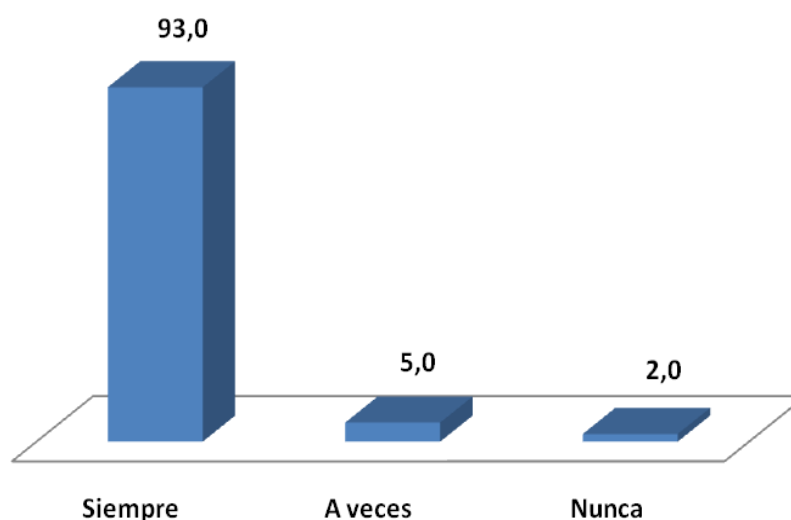
Tabla 7: Recomendaría a sus amigas o familiares que acudan a recibir atención del profesional de obstetricia del CS José Olaya – Chiclayo - 2014.

RECOMENDARÍA A SUS AMIGAS O FAMILIARES QUE ACUDAN A RECIBIR ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL CS JOSÉ OLAYA	n	%
Siempre	279	93.0
A veces	15	5.0
Nunca	6	2.0
TOTAL	300	100.0

ANALISIS E INTERPRETACION.

El 93% de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya si **recomendaría** a sus amigas o familiares que acudan a recibir atención del profesional de obstetricia del CS José Olaya, un 5% a veces les recomendaría y un 2% nunca lo haría.

Figura 7: Recomendaría a sus amigas o familiares que acudan a recibir atención del profesional de obstetricia del CS José Olaya – Chiclayo -2014.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Se encontró una relación significativa entre el nivel de satisfacción de las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya, con o sin afiliación al Seguro Integral de Salud.
2. Del 59% de gestantes atendidas tienen 20 a 35 años, un 52% cuentan con educación secundaria, el 52.7% son amas de casa, 65.3% tienen seguro integral de salud y el 72% son pacientes continuadoras.
3. En relación a la percepción sobre infraestructura y equipamiento el 71.7%, consideran que la limpieza, ventilación e iluminación es buena, el 84.3% consideran que la privacidad es buena en consultorios, el 57.7% que la implementación es buena del centro de salud y un 39% que es regular, el 86.3% considera que la ubicación del consultorio es buena.
4. El 96% de las gestantes considera que la atención que brinda el profesional, prestándole interés y atención en su visita fue buena, el 96.7% percibe que el personal transmite confianza y seguridad, y el 96% manifiesta un trato bueno de parte del personal.
5. En relación a la percepción del tiempo de espera, el 63.7% consideran que es bueno y el 93%, sostiene que el tiempo en que duró la consulta también lo es. Teniendo en cuenta que el tiempo promedio de espera fue de 54 minutos y el tiempo promedio que duró la consulta fue de 23 minutos.
6. Respecto a la percepción sobre la información recibida durante su atención; el 95% la consideró clara y precisa, el 96.7% calificó las instrucciones pertinentes a los cuidados como buenas, el 96.7% consideró al profesional que la atendió con conocimientos y habilidades, 98% que la información brindada en la consulta fue buena y 97% que la documentación requerida es buena.

7. Se concluye que el 93% de las gestantes atendidas recomendaron a familiares y amigos atenderse en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud José Olaya.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Que, en forma permanente los equipos multidisciplinarios se dediquen a implementar y ejecutar planes de mejoramiento continuo de la calidad en el servicio de obstetricia del Centro de Salud José Olaya, en forma sustentada y sostenida en el tiempo.
2. Se recomienda que con respecto a equipamiento e infraestructura, se realicen gestiones a fin de mejorar y ampliar aún más la atención.
3. Se recomienda mejorar el servicio de recepción y triaje de pacientes a fin de dar más fluidez y disminuir los tiempos de espera a la consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atkinson, J. (1999). *Expectativas de ser*. Barcelona, España: Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.
2. Donabedian, A. (2001). *Evaluando la calidad de la atención Médica*. México: Editorial Prensa Mexicana.
3. Erize, M. (2006). *Una Evaluación desde la perspectiva de las destinatarias*. Rev. De Enfermería Hospital Italiano (seriado en línea) disponible en: URL:http://www.hitalba.edu.ar/docencia/rehi/php&id_artículo=2667. Consultado: Enero 30,2009.
4. Mankeliunas, M. (2000). *Psicología de la Motivación*. Barcelona. España: Editorial Barcelona.
5. Ministerio de salud. (2000). *Calidad del servicio de salud desde la perspectiva del usuario*. Lima, Perú.
6. Ministerio de salud. (2000). *Calidad del servicio de salud desde la perspectiva del usuario*. Lima. Perú.
7. Riopelle, L., Grandi L. Phaneum. (1999). *Cuidados de Enfermería un procedo centrado en las necesidades de la persona*. Madrid. España: Editorial Interamericana-Mc. Graw- Hill.
8. Sitzia, J; Wood, N. (1997). *Patient Satisfacción: a review of the issues and concepts*. Social Scimed; 45(12): 1829-43.
9. Thompson I. *La satisfacción del cliente*. Art. (seriada en línea) 2005. (6 páginas). Disponible en:

10. Thorndike E. (2000). *Psicometría Aplicado*. España: 2da.Edición. Editorial Limusa.
11. Zag, B. (2002). *La Satisfacción como Indicador de Excelencia en la calidad de los comicios de salud*. Disponible en: URL: <http://www.medigraphic.com/españo/e-htms/e-enfe/e-en 2003/enen 03-2/em-en 032 htm>. Consultado en: Enero 23.2009
URL:<http://www.pronegocios.net/mercadotecnica/satisfacción-cliente.htm>. Consultado Enero 30,2009



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO ESCUELA DE POST GRADO

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN LA POSTA “JOSE OLAYA” CHICLAYO.

I. Objetivo:

Recoger información respecto a la percepción que tienen del servicio del área de Obstetricia.

II. Instrucciones

Estimada señora (ita) sírvase responder este cuestionario, marcando con un aspa (X) dentro del recuadro de cada pregunta que contiene este cuestionario.

III. Aspectos

A. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE ATENDIDA

1. ¿Qué, edad tiene usted?

- ☐ a. Menor de 20 años
- ☐ b. De 20 a 35 años
- ☐ c. Mayores de 35 años

2. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- ☐ a. Primaria
- ☐ b. Secundaria
- ☐ c. Superior
- ☐ d. Analfabeta

3. ¿Cuál es su ocupación?

- ☐ a. Ama de casa
- ☐ b. Trabaja eventualmente
- ☐ c. Estudiante
- ☐ d. Trabajo estable

4. ¿Actualmente cuenta Ud. Seguro Integral de Salud (SIS)?

- ☐ a. Si
☐ b. No

5. ¿En el servicio de obstetricia usted es un paciente?

- ☐ a. Nuevo
☐ b. Continuador

B. INFRAESTRUCTURA – AMBIENTE –EQUIPAMIENTO

6. ¿Considera usted que la limpieza, ventilación iluminación del servicio es?

- ☐ Bueno
☐ Regular
☐ Deficiente

7. En cuanto a la privacidad del consultorio ¿Cómo la considera?

- ☐ Bueno
☐ Regular
☐ Deficiente

8. ¿Considera que la comodidad del establecimiento de salud es?

- ☐ Bueno
☐ Regular
☐ Deficiente

9. ¿Considera usted que el centro de salud José Olaya se encuentra implementando adecuadamente para la atención que usted requería?

- ☐ Bueno
☐ Regular
☐ Deficiente

10. ¿Considera usted que la ubicación del consultorio es?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

C. PERSONAL- COMPETENCIAS PROFESIONALES

11. ¿La atención que le brindo el profesional, prestándole interés y atención durante su visita fue?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

12. ¿El personal transmite confianza y seguridad durante la atención en el área de consulta?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

13. ¿La Información Brindada fue clara y precisa para el tratamiento de su salud fue?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

14. ¿Cómo calificaría usted las instrucciones pertinentes a los cuidados que debería usted tener con respecto a su atención?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

15. ¿Cómo calificaría la atención del profesional que le atendió respecto a sus conocimientos y habilidades para resolver su atención?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

16. ¿La información que le dio el personal con respecto a su consulta fue?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

D. SERVICIO –SATISFACCION PACIENTE

17. En la atención que recibo, ¿El trato del personal como fue?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

18. ¿Considera que el tiempo de espera en recibir la consulta fue?

- ☐ Bueno
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

19. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?

20. ¿Considera que el tiempo que dura la consulta fue?

- ☐ Adecuado
- ☐ Regular
- ☐ Inadecuado

21. ¿Cuánto tiempo duró su consulta?

22. ¿En general se encuentra satisfecha con la atención recibida?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Satisfecha
- ☐ Regularmente satisfecha
- ☐ Insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

23. ¿Considera usted que la documentación requerida para su atención es?

- ☐ Adecuado
- ☐ Inadecuado
- ☐ Deficiente

24. ¿Recomendaría a sus amigas a familiares que acudan a recibir atención del profesional de obstetricia del centro de salud José Olaya?

- ☐ Siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

CLARA