



Expectativas de los ciudadanos en la atención de los servicios de salud en la nueva normalidad

Guidarelli Giuliana¹; Casarotto Mariana¹; Fernández Matías¹; Gómez P. Francisco¹; Carón Nicole¹; Nicolás García Castellanos¹; Gisbert Patricia^{1,2}; Gasull Andrea^{1,2}; Salomón Susana^{1,2}.

¹ Servicio de Clínica Médica. Hospital Lagomaggiore. Mendoza.

² Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. Argentina.

Correo electrónico de contacto: Guidarelli Giuliana. giuliana.l.guidarelli@gmail.com

Recibido: 5 de Octubre de 2021 – Aceptado: 17 de Noviembre de 2021.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las expectativas de la comunidad, posterior a las primeras olas pos pandemia, en la atención de los servicios sanitarios en la “nueva normalidad” en diferentes escenarios. **Material y métodos:** Estudio protocolizado, descriptivo y transversal a través de una encuesta estructurada, autoadministrada, anónima, con preguntas cerradas y abiertas, vía internet, a población general, en relación a expectativas en la atención que esperan recibir, en ambulatorio, internación y guardia, en la “nueva normalidad”. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, *test de chi²*. Criterio de significación $p < 0.05$. **Resultados:** 305 encuestas. 78.5% mujeres; edad promedio: 46.65. Cobertura de salud 86%. Comórbidas 48%, más frecuentes HTA, hipotiroidismo, obesidad y DM. Se atendió durante las primeras olas de la pandemia 44% y considero trato no adecuado el 25%. **Atención ambulatoria** fueron expectativas altas: “trato con respeto y amabilidad”, “que el profesional inspire confianza”, “tiempo para explicarte que pasa” “que comprendas los tratamientos que te indican”, “interés del profesional en tu problema” ($p < 0.05$) y no lo fueron “adquirir turno con rapidez”, “que se respeten turnos” o “accesibilidad y confort del consultorio”(pNS). **Guardia** tienen alta expectativa: “que hayan insumos, remedios, materiales”, “que el profesional inspire

confianza”, “ser examinados”, “ser tratados bien”, “que el profesional muestre interés”, y no lo fueron: “ser atendido inmediatamente llegue” ($p < 0.05$). **Internación** tiene altas expectativas: “enfermería te trate con respeto”; “profesional explique la importancia de la internación”; “sanitarios limpios”; “te expliquen cómo respondes al tratamiento”; “el profesional conteste dudas a la familia” y “comprender el porqué de los tratamientos indicados” ($p < 0.05$). **Conclusión:** Los encuestados tienen altas expectativas de que en los sistemas de salud revisemos nuestro profesionalismo, recuperemos la dimensión humanística en la relación médico-paciente, optimicemos el tiempo en cada experiencia y jerarquicemos el momento y estrategias de comunicación y acompañamiento del proceso salud-enfermedad.

Palabras claves: Covid 19, Comunidad, Expectativas, Atención ambulatoria, Guardia, Internación, relación médico-paciente.

ABSTRACT

EXPECTATIONS COMMUNITY IN THE CARE OF HEALTH SERVICES IN THE NEW NORMALITY

Objective: To identify community expectations, post-pandemic, in the care of health services in the “new normal” in different scenarios. **Material and methods:** protocolized, descriptive and cross-

sectional study through a structured, self-administered, anonymous survey, with closed and open questions, via Internet, to the general population, in relation to expectations regarding the care they expect to receive, in outpatient, inpatient and on-call care, in the "new normality". Statistical analysis: measures of central tendency, dispersion, chi2 test. Significance criterion $p < 0.05$. Results: 305 surveys. 78.5% women; average age: 46.65. Health coverage 86%. Comorbidities 48%, most frequently HT, hypothyroidism, obesity and DM; 44% during the first waves of the pandemic and 25% considered inadequate treatment. Outpatient care had high expectations: "treatment with respect and kindness", "that the professional inspires confidence", "time to explain what is happening", "that you understand the treatments indicated", "interest of the professional in your problem" ($p < 0.05$) and not "to acquire an appointment quickly", "that appointments are respected" or "accessibility and comfort of the office" (pNS). Emergency attention: "that there are supplies, medicines, materials", "that the professional inspires confidence", "to be examined", "to be treated well", "that the professional shows interest", and the following were not: "to be attended immediately upon arrival" ($p < 0.05$). Hospitalization has high expectations: "nursing treats you with respect"; "professional explains the importance of hospitalization"; "clean toilets"; "they explain how you respond to treatment"; "the professional answers the family's doubts" and "understand the reason for the indicated treatments" ($p < 0.05$). Conclusion: Respondents have high expectations that in health systems we should review our professionalism, recover the humanistic dimension in the doctor-patient relationship, optimize time in each experience and prioritize the moment and strategies of communication and accompaniment of the health-illness process.

Key words: Covid 19, Community, Expectations, Outpatient care, Guard, Internment, doctor-patient relationship.

Introducción

El 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de COVID-19 constituía una emergen-

cia de salud pública mundial de importancia internacional. El 11 de marzo de 2020, tras la propagación del brote en un gran número de países de varios continentes se declaró la infección por COVID-19 como pandemia.¹ La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la fragilidad de los servicios de salud y los sistemas de salud en todo el mundo. En este contexto, se demostró que incluso los sistemas de salud más sólidos pueden verse rápidamente desbordados y comprometidos por un brote. Se suspendieron muchos servicios ordinarios y programados, y la prestación de la atención de salud debió adaptarse al contexto actual de pandemia, que comprometió un cambio en el análisis de la relación riesgo-beneficio de las actividades y los servicios.² El impacto de la pandemia sobre la población, los sistemas de salud, los Programas de Salud Pública y las economías de todo el mundo, hizo que sea un desafío para los equipos de salud, garantizar el acceso a la salud de calidad, así como la continuidad de la atención médica y fomentar la adherencia terapéutica.² Con ello se inició la transición a una "nueva normalidad" donde la atención de rutina tanto ambulatoria, de guardia, como de internación, se vio interpelada por la necesidad de reestructuración de los servicios de salud, al acceso limitado a los servicios, la reasignación de personal y la suspensión de actividades no esenciales en emergencia sanitaria.² Trayendo sin subsanar situaciones previas, que tenían a los usuarios del sistema, con una alta carga de disconformidad en la atención sanitaria en diversos escenarios y disciplinas, relacionado con la ausencia de recursos propicios para la atención, la falta de disponibilidad de turnos, o la falta de profesionales en la atención periférica de las grandes localidades.

El término "nueva normalidad" fue introducido en 2008 para hacer referencia a las condiciones económicas que surgieron ante la crisis financiera y gran recesión mundial que tuvo su origen en los Estados Unidos. Debido a la pandemia y la cuarentena por COVID-19, se ha retomado el uso de éste término para hacer referencia a todos los cambios que surgieron a partir de la misma.³ En las necesidades y demandas de esta nueva normalidad también se suman las expresiones de deseo de la atención humanizada que se viene

reclamando hace algún tiempo de los servicios de salud. En lo que se expresa previamente como una necesidad de la comunidad de una atención de salud más humanizada y orientada a la inclusión de toda la comunidad en las medidas de acción sanitaria.

En este contexto y con el objetivo de Identificar las expectativas de la comunidad post-experiencias en COVID-19, con la atención de los servicios de salud en la “nueva normalidad” en diferentes escenarios, se efectuó esta investigación.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio protocolizado, descriptivo y transversal, a través de una encuesta estructurada, autoadministrada y anónima, con preguntas cerradas y abiertas, vía internet, realizada a población general en relación a sus expectativas en cuanto a la atención que esperan recibir en atención ambulatoria, internación y guardia, en la “nueva normalidad”. El cuestionario fue validado. Consta de 14 ítems que se valoran con una escala tipo likert mediante 3 adverbios que van desde “sin expectativas” a “expectativas altas” para cada una de las situaciones descritas. Se inició el cuestionario con preguntas sobre datos demográficos y preguntas generales para evaluar si los pacientes habían recibido atención durante la pandemia, de qué tipo había sido ésta y como habían considerado esa atención.

En la segunda parte del cuestionario se indagó si habían estado en contacto con sus médicos de cabecera y de qué forma habían podido contactarse. Por último, se evaluó las expectativas que tenían en cuánto a ciertas situaciones que se pueden dar en los diferentes ámbitos de atención. En las cuales los participantes debían responder con una escala que podía considerar “sin expectativas”, “expectativa normal” y “altas expectativas” de que ocurrieran esas situaciones descriptas.

Análisis estadístico: medidas de tendencia central y de dispersión, *test* de χ^2 . Criterio de significación $p < 0.05$.

Resultados

Se realizaron 305 encuestas. De los encuestados el 78,5% resultaron ser mujeres edad promedio de 46,65 años. De ellos el 86% tenía cobertura de

salud. El 48% resultó tener comórbidas, de las cuales las más frecuentes fueron hipertensión arterial 34,5%, hipotiroidismo 34,5%, obesidad 20%. diabetes mellitus 16%. Enfermedad cardíaca 4%, ASMA – EPOC 7%, Enfermedad reumatológica 5%, Enfermedad respiratoria crónica 11,5%, Enfermedad Psiquiátrica 5%, entre otras. Un 44% afirmó haber sido atendido durante la pandemia, de ellos consideraron que el trato no fue adecuado en un 20%. El 55% de los encuestados se mantuvo en contacto con su médico de cabecera, en un 45% fue de forma presencial, un 38,5% por whatsapp y un 36% por teléfono, entre otros. Con referencia a las expectativas de los encuestados en los diferentes ámbitos de atención, se obtuvieron los siguientes resultados: En **atención ambulatoria** se tiene alta expectativa en que el profesional los trate con amabilidad y respeto, que inspire confianza, que explique bien los tratamientos a indicar, que muestre interés por el problema del paciente, entre otras situaciones, que se expresan en la Tabla 1. Con respecto a la **atención en guardia** los encuestados resultaron tener alta expectativa en “que hayan insumos, remedios, materiales”, “que el profesional inspire confianza”, “ser examinados”, “ser tratados bien”, “que el profesional muestre interés” entre otras situaciones que se describen en la Tabla 2. En cuanto al **ámbito de internación** se tuvo altas expectativas en situaciones como: “que enfermería te trate con respeto”; “que el profesional te explique la importancia de la internación”; “que haya sanitarios limpios”; “que te expliquen cómo respondes al tratamiento”; “que el profesional conteste dudas a la familia” y “comprender el porqué de los tratamientos indicados” entre otras situaciones que se describen en la Tabla 3. Por último, se interrogó sobre lo que la población encuestada consideraba una **atención de calidad**, valorando diferentes requisitos con una puntuación de 1, 5 o 10 según el grado de importancia, respectivamente. Siendo de mayor consideración: “Que te traten con cortesía y respeto”, “Que te dediquen todo el tiempo necesario durante la atención”, “Que te den ganas de recomendar al profesional/institución”, entre otros. Se muestran los resultados en la Tabla 4.

Discusión

Las pandemias son generadoras de cambios sociales, por lo tanto no se puede pensar que el COVID-19 no pueda serlo también. Desde el comienzo de la propagación de ésta enfermedad desde China hasta el resto de los países del mundo, pudimos ver como se generaron diferentes protocolos, normas y hábitos sociales; como el acostumbamiento al lavado de manos, utilización de sanitizantes con base alcohólica en lugares públicos, distanciamiento físico, utilización de barbijos y máscaras faciales, medición de temperatura corporal al entrar a un espacio cerrado, por ejemplo.⁴ Cambios que no fueron ajenos al sistema sanitario que debió hacerse de sus propios protocolos de atención y trabajo para el personal y la atención del paciente, incluyendo entre ellos: utilización del equipo de protección personal, reasignación de actividades, teletrabajo, teleconferencia, video clases, entre muchas otras.

Dichas modificaciones distaron de ser temporales en un corto período de tiempo, sino que se extendieron por mayor tiempo del esperado, transformándose en el nuevo esquema de trabajo para miles de profesionales de la salud y pacientes, que debieron adoptar estos cambios como su “nueva normalidad”.⁴

“Normal” es lo que se repite con mayor frecuencia, sirve de norma o regla social que habrá que seguir regularmente, son las características habituales que una población, grupo social o familiar deben seguir³. Hoy podemos decir que esto se basa en un regreso a las actividades cotidianas con protocolos que provocan a veces que la interacción con el paciente sea más distante y menos continente o por lo menos así sea percibido por ellos. En Mendoza, al comienzo de la pandemia, el Ministerio de Salud ordenó directrices generales para hospitales con el fin de atender las urgencias. Las prioridades del Sistema de Salud fueron la urgencia y la emergencia en todas las patologías, la donación voluntaria de sangre y la entrega de leche en centros de salud. Por otro lado, se suspendieron cirugías programadas no críticas, entrega de certificados de aptitud física, turnos programados de servicios no prioritarios como fonoaudiología, odontología, dermatología, entre otros. Se redujeron los

ingresos a los hospitales, la confección de recetas y realización de estudios analíticos de rutina.⁵ Afectando negativamente la atención de pacientes con comórbidas crónicas y a la prevención primaria de muchas enfermedades, así como el diagnóstico precoz de otras. En nuestro trabajo el 44% de los encuestados refirió que se había tenido que atender durante las primeras olas de la pandemia y consideró que el trato no fue adecuado en la atención en un 25%, identificando como principal problema la falta de comunicación.

Es interesante además, que en los tres ámbitos los encuestados hayan expresado que tenían expectativas altas en relación al trato respetuoso. La OMS establece un modelo de capacidad de respuesta de las instituciones en donde en el respeto incluye respeto por la dignidad, la confidencialidad y la autonomía.⁶

En un proceso de enfermedad, la persona vive cambios psicofísicos con afectación de su esfera familiar y social, pudiendo experimentar pérdidas antes de adaptarse o lograr resiliencia. Si se tiene en cuenta que en un hospital tanto en el servicio de guardia o en la internación o incluso en un consultorio, el paciente expone emociones con diferentes intensidades y comparte su biografía, se puede comprender porque se repite esta respuesta en la encuesta. Además en un espacio que se puede interpretar como despersonalizador, en el que se le pide que se saque la ropa, donde se pone en juego su pudor, donde los ritmos cotidianos de aseo, alimentación, sueño y descanso se modifican, donde se le realizan al paciente diferentes exploraciones, visitas, controles, exámenes no invasivos e invasivos y pierde en cierta medida su autonomía y su autoestima y se da hasta una relación de dependencia con los cuidadores.⁷ Es por eso, que las personas necesitan sentirse respetados, tomar decisiones, que le permitan sentir que mantienen el control de sus vidas, con lo cual disminuye el sentimiento de vulnerabilidad.⁷

En un estudio en el que se evaluó la “percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados”⁷ los resultados mostraron relación del respeto con la “intimidad” y la identidad. En ese estudio se establece que “los

pacientes entienden que es un deber de los profesionales preservar la dignidad innata del hombre; el respeto a todos por igual, sin discriminación; el ser tratados como personas por su valor inherente y no como un objeto”.⁷

El trato del personal sanitario, o la percepción de la calidad están directamente relacionadas con la satisfacción del usuario. Bustamante *et al.*, encontraron que los pacientes que valoraron peor el trato de los médicos o que no fueron tratados con respeto, puntuaron más bajo en las escalas de satisfacción.⁸

En la atención ambulatoria se plantea con altas expectativas que se tomen “tiempo para explicarte que pasa” y “que comprendas los tratamientos que te indican”, lo que en la internación toma más fuerza, ya que se suma a esta necesidad de información y comunicación: “que explique el motivo de la misma, que lo tranquilice, el porqué de los tratamientos y la respuesta a los mismos y contestar dudas de la familia”.

La comunicación debe ser considerada una herramienta fundamental de la relación médico-paciente, como campo de acción clínica, esta interacción debe ser una relación dinámica, un proceso interpersonal e intersubjetivo y establecerse dentro de un contexto de transferencia-contratransferencia. De modo que, desde allí, es donde el médico puede estrechar el vínculo, captar la atención del paciente y provocar modificaciones en las atribuciones de significado sobre la situación de este.⁹

En el 32% de una encuesta realizada por *Sokol-Hessner L y col.*, la insatisfacción estuvo relacionada con el tiempo dedicado a la consulta.¹⁰

Por otra parte, el tiempo que el médico brindó para contestar las dudas o preguntas sobre el problema de salud resultó con el mayor porcentaje de satisfacción en otra encuesta realizada por *Tsuchida M y col.* (94,8%).¹¹

La satisfacción del paciente está en relación directa con la satisfacción de sus necesidades y deseos a través de los servicios de salud brindados, el precio, los proveedores, la mezcla promocional, las personas, la evidencia física, el ambiente donde se brinda el servicio y los procesos.¹² Calidad y nivel de satisfacción son

términos muy relacionados. La calidad de un servicio de salud se refiere a proporcionar al paciente un servicio que exceda constantemente sus expectativas y necesidades, reduciendo el desajuste entre el servicio que los pacientes esperan y el servicio que ellos reciben.¹²

Los servicios médicos son diferentes de otro tipo de servicios. A diferencia de otros servicios prescindibles, la salud es un servicio de necesidad para los pacientes. La atención de un usuario que llega con una combinación de enfermedad, dolor, ansiedad y miedo le crea al médico un apremio diferente, comparado con otros servicios. Estos usuarios están en estado de estrés. Por lo tanto, los servicios médicos son altamente complejos y técnicos. El nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre temas médicos lo pone en desventaja, con poca capacidad de elección, por lo que, para obtener un servicio adecuado confía en su médico.¹³

Conclusión

En tiempos previos a la emergencia sanitaria por COVID19, tanto los servicios estatales de salud, como los privados tendían a priorizar la productividad, en número de pacientes atendidos por turno, más que la calidad de atención y la satisfacción del usuario sobre el servicio o la prestación recibida.¹⁴ En esta época se agrega el peso mismo de la pandemia, afectando aún más la calidad del encuentro profesional de la salud-paciente. Se debe considerar que las horas de pandemia sufridas en nuestro país y en nuestra provincia se han comportado como un hecho inédito, único y disruptivo para el cuál ningún sistema del mundo estaba preparado y mucho menos el nuestro. Esto ha exacerbado las manifestaciones respecto al disconfort que tanto la comunidad como los prestadores del sistema de salud padecían previo al COVID-19, englobando desde la falta de contención de los gobiernos y políticas de estados a los profesionales de la salud hasta la ausencia de educación para el uso de los recursos sanitarios hacia la población. Por otro lado, podemos reconocer que por más sólidos que parezcan los servicios de salud tanto públicos como privados, ninguno demostró estar preparado para hacer frente a la emergencia sanitaria sin resentir la atención al paciente

crónico.¹⁵ Sin dejar de tener en cuenta la dimensión económico-financiera, que siendo un eslabón fundamental para sustentar una prestación sanitaria de calidad, se vio especialmente afectada durante estas primeras olas de pandemia. Es por esto que debemos trabajar para que en esta nueva normalidad el distanciamiento social preventivo no signifique un aislamiento de las personas del sistema de salud. Como resultado del objetivo principal de nuestra encuesta podemos decir que los ciudadanos encuestados tienen altas expectativas de que los prestadores en los sistemas de salud revisemos nuestro profesionalismo, recuperemos la dimensión humanística en la relación médico-paciente, optimicemos el tiempo en cada experiencia y jerarquicemos el momento y las estrategias de la comunicación y acompañamiento en el proceso de salud – enfermedad - atención. Los pacientes acuden al médico clínico buscando prevención, un diagnóstico, mejorar su estado de salud, o que lo acompañen al final de su vida. Independientemente de la conducta del paciente (angustiado, ansioso, reticente, hostil) los médicos que hemos pasado de una relación médico paciente paternalista a una relación de respeto de la autonomía del otro, tendríamos que cuestionarnos porque las personas expresan lo que se ha demostrado en este trabajo.

Tal vez la respuesta esté en la deshumanización de la medicina, tanto en sus características globales como individuales, que tiene que ser abordada desde una perspectiva social e histórica para vislumbrar posibles soluciones.

La nueva normalidad nos debe invitar a reflexionar para no caer en viejos y nuevos errores. Esta debe motivarnos primero como seres humanos a ser menos egoístas, más solidarios, menos indiferentes, más empáticos, más templados, más resilientes y más justos. Luego como profesionales no podemos soslayar volver a las raíces de humanizar la medicina y por sobre todo ser profesionales más éticos-

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. [Internet][10 diciembre

2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

2. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas 4 de junio del 2020. [Internet] [5 diciembre 2020] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
3. Zerón A. Nueva normalidad, nueva realidad. Rev ADM. 2020;77(3):120-123. doi:10.35366/94004.
4. Di Nella D, Ibáñez, V. (2020). Causas y consecuencias de la Pandemia COVID-19. De la inmovilidad de la humanidad a la circulación desconcentrada de personas. Derechos En Acción. 2020;(15): 415-485. <https://doi.org/10.24215/25251678e407>
5. Prensa Gobierno de Mendoza, Coronavirus: el sistema de salud se prepara para la emergencia, 20 de Marzo 2020 [internet]. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/prensa/coronavirus-el-sistema-de-salud-se-prepara-para-la-emergencia/>
6. OMS. Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud [Internet].2013. [citado 8 de Julio 2021]; Disponible en: [https://www.who.int/responsiveness/surveys/Long_90_%20min_Questionnaire%20\(Spanish\).pdf?ua=1](https://www.who.int/responsiveness/surveys/Long_90_%20min_Questionnaire%20(Spanish).pdf?ua=1)
7. Campillo B, Corbella J, Gelpi M, et al. Percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados. Acta Bioethica [Internet].2020.[citado 8 de Julio 2021]; 26 (1): 61-72. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v26n1/1726-569X-abioeth-26-01-61.pdf>

8. Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias* 2013; 25: 171-176.
9. Castañeda Hernández MC. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Rev. cuba. inf. cienc. salud.* [Internet]. 2013. [citado 12 de Julio 2021]; 24(3): 343-353. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262737637_Medicina_y_comunicacion_una_herramienta_fundamental_para_la_interrelacion_medico-paciente/link/59872904aca27266ada22474/download
10. Sokol-Hessner L, Folcarelli P, Annas C, et al. A Road Map for Advancing the Practice of Respect in Health Care: The Results of an Interdisciplinary Modified Delphi Consensus Study. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* [Internet]. Agosto 2018. [citado 8 de Julio 2021]; 44 (8): 463-476. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.02.003>
11. Tsuchida M, Bandres M, Guevara X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Rev Med Hered.* [Internet]. Octubre 2003. [citado 12 de Julio 2021]; 14(4): 175-80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000400005
12. Huerta Medina E. Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en el tópico de Medicina del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Enero del 2015. Tesis. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4033/Huerta_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Objetivo%3A%20Determinar%20el%20nivel%20de,%2C%20Lima%2C%20Enero%20del%202015.&text=Resultados%3A%20El%2092.2%25%20de%20los,estuvieron%20satisfechos%20con%20la%20atenci%C3%B3n.
13. Bendapudi NM, Berry L, Frey KA, Turner Parish J, Rayburn W. Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(3):338-344.
14. Domínguez Velázquez J. Calidad frente a cantidad en atención primaria: ¿resolución o supervivencia? *Rev. ELSEVIER. Aten Primaria.* 2002;30 (7): 455-457.
15. World Health Organization 2020. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. [Internet]. [Diciembre 10, 2020] WHO reference number: WHO/2019-nCoV/EHS_continuity/survey/2020.1
- 16.

Anexo

Tabla 1. Expectativas de la comunidad sobre la atención ambulatoria.

	Sin expectativas	Expectativa normal	Altas expectativas	P
Conseguir turno rápidamente	59	142	94	pNS
Que la consulta se realice en el horario programado	52	135	110	p<0.05
Que se respeten los turnos programados	49	121	126	pNS
Que se respete tu privacidad y autonomía	24	119	152	p<0.05
Que el profesional te revise en forma completa	45	102	151	p<0.05
Que el profesional se tome tiempo para explicarte	40	101	156	p<0.05
Que el profesional te conteste tus dudas con paciencia	43	108	145	p<0.05
Que el profesional te inspire confianza	22	111	161	p<0.05
Que te traten con respeto y amabilidad	15	109	168	p<0.05
Que el profesional esté interesado en tu problema	32	108	151	p<0.05
Que comprendas los estudios que te piden	12	137	145	p<0.05
Que comprendas los tratamientos que te indican	10	128	156	p<0.05
Que el profesional esté disponible para dudas o consultas	47	121	128	p<0.05
Que el consultorio sea accesible y cómodo	29	151	114	pNS

Tabla 2. Expectativas de la comunidad sobre la atención en guardia

	Sin expectativas	Expectativa Normal	Alta expectativa	P
Qué en informes me sepan guiar para los trámites	45	132	118	pNS
Que sea atendido inmediatamente llegue	109	114	72	p<0.05
Que la atención sea por la gravedad del paciente	39	116	140	p<0.05
Que se respete tu privacidad y tu pudor	33	111	149	p<0.05
Que el profesional te revise	27	119	151	p<0.05
Que el profesional se tome tiempo para explicarte que pasa	60	90	147	p<0.05
Que el profesional te inspire confianza	39	103	152	p<0.05
Que te traten con respeto y amabilidad	33	106	151	p<0.05
Que el profesional se muestre interesado en tu problema	48	110	137	p<0.05
Que te realicen los estudios rápidamente	76	86	132	p<0.05
Que te realicen los tratamientos que necesites rápido	63	95	134	p<0.05
Que la guardia sea cómoda y limpia	61	94	139	p<0.05
Que haya buena comunicación con tu familia	53	114	123	p<0.05
Que haya insumos, remedios, materiales para la atención	56	86	155	p<0.05

Tabla 3. Expectativas de la comunidad sobre la atención en la internación.

	Sin expectativas	Expectativa normal	Altas expectativas	P
Que los tramites de internación sean rápidos y fáciles	53	130	112	p<0.05
Que el profesional te explique la importancia de la internación y te tranquilice	28	115	153	p<0.05
Que el profesional le conteste dudas a mi familia	34	114	148	p<0.05
Que te expliquen cómo respondes al tratamiento	30	107	153	p<0.05
Que comprendas el porqué de los tratamientos que te indican	28	116	151	p<0.05
Que el profesional esté disponible para tus dudas	51	111	132	p<0.05
Que la enfermería te trate con respeto	35	97	162	p<0.05
Que los alimentos lleguen adecuadamente	37	124	134	p<0.05
Que el baño se mantenga limpio	39	97	158	p<0.05
Que te permitan estar acompañado por tu familia	47	108	139	p<0.05
Que la ropa de cama esté bien cuidada	43	106	144	p<0.05

Tabla 4. Internación de excelencia

	1 punto	5 puntos	10 puntos
Que te traten con cortesía y respeto	5	68	216
Que no haya demoras en la atención	13	106	170
Que te dediquen todo el tiempo que consideras necesario para lo que te pasa	9	80	198
Que te contengan	11	111	174
Que te aconsejen	13	100	175
Que tomen decisiones por vos	123	115	41
Que sea gratis	87	135	58
Que te resuelvan el problema	9	92	183
Que te tengan en cuenta a la hora de decidir estudios y tratamientos	7	95	183
Que te den ganas de recomendar al profesional o a la institución	4	60	224