

Satisfacción usuaria en los servicios de Promoción de la Salud

VERÓNICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

El artículo busca analizar la satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud (UPS) en la Universidad de Costa Rica. Se trabajó con tres grupos: usuarios directos, Gestores Estudiantiles en Salud (GES) y profesionales de la UPS. Se realizaron encuestas auto-suministradas, grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Se estableció la satisfacción usuaria desde cinco dimensiones (empatía, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y tangibilidad) y también se identificó el perfil de expectativas desde la perspectiva de los tres grupos en estudio. Se encontró que el espacio de desarrollo de la actividad y la persona intermediaria para la coordinación de la actividad fueron factores determinantes de la satisfacción global. Respecto al perfil de expectativas, hubo pocas divergencias entre los tres grupos de estudio. Los profesionales de la UPS y los GES tienen identificado el perfil de expectativas de los usuarios directos de forma coherente con las expectativas manifestadas por esta población usuaria.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción usuaria, promoción de la salud, usuarios, profesionales en salud.

Abstract

User Satisfaction in Health Promotion Services

The article analyzes user satisfaction regarding the Health Promotion Unit (HPU)'s *Bonus Vitae* project at the Universidad de Costa Rica. We worked with three groups: direct users, Student Health Managers (SHM) and HPU professionals. Self-administered surveys, focus groups and semi-structured interviews were conducted. User satisfaction was established on five dimensions (empathy, reliability, security, responsiveness and tangibility) and the profile of expectations was also identified from the perspective of the three groups under study. It was found that the space where the activity and the intermediary person for the coordination of the activity were determining factors of the overall satisfaction. Regarding the expectations profile, there were few divergences between the three study groups. The professionals of the HPU and the SHM have identified the expectations profile of direct users in a way consistent with the expectations expressed by this population.

Keywords: User Satisfaction, Health Promotion, Users, Health Professionals



Introducción y contextualización

A nivel global, los diferentes sistemas de salud consideran la calidad de la atención en sus servicios como una preocupación prioritaria. Esto se ve reflejado en las acciones de múltiples instituciones responsables y educativas —quienes son formadoras de recursos humanos—, pues, como señala Domínguez y Manrique (2011), existe un factor común en el deseo de conseguir mejoras constantes en el servicio de atención. Rade (2006) considera que el usuario es el principal objetivo, en quien se debe pensar y a quien se debe de satisfacer, ya que éste siempre espera poder confiar en el personal de salud, así como contar con un buen servicio. Sin embargo, en el estudio de Riveros, Berné y Múgica (2010) se comparan las percepciones con la satisfacción de los usuarios y el personal de salud; en éste se identificó la existencia de una brecha entre ambos grupos en la mayoría de elementos, que muestra al personal de salud con una posición más autocrítica con respecto a sus responsabilidades en la atención.

En Costa Rica, el estudio de Abarca (2009) demostró que, del total de oficinas de las Contralorías de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, 42% no posee a disposición de los usuarios información sobre derechos y deberes; esto se ve reflejado directamente en el comportamiento de la población usuaria. Asimismo, 36% de las oficinas de contraloría aseguraron no haber realizado investigaciones sobre fallas internas de los servicios. En este mismo escenario, Costa Rica incurrió, a partir del año 1997 y lo es hasta la fecha, como pionero a nivel regional en el tema de calidad de los servicios de salud al crear el Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad; sin embargo, Urroz (2013) señala que el programa se enmarca en un contexto de carácter clínico, excluyendo la posibilidad de aplicar estos parámetros de mejoramiento continuo a las acciones en Promoción de la Salud, las cuales ya de por sí son recientes en el escenario costarricense.

Entonces, ¿qué sucede con las evaluaciones de calidad del servicio cuando se

refiere a políticas y acciones en el ámbito de la promoción de la salud? De acuerdo con lo investigado, el trabajo de las gerencias que refieren a la promoción de la salud prácticamente es nulo. Quizá, el descuido de no evaluar la calidad del servicio desde el punto de vista de quienes lo reciben se deba a un pensamiento dominante respecto a la promoción de la salud. Se piensa que cualquier acción que se tome en promoción de la salud ya es positiva en sí misma, sin importar qué tan bien se haga y cuáles sean sus resultados.

En promoción de la salud es fundamental no sólo ejecutar acciones, sino que las gerencias encargadas de esta labor elaboren proyectos sostenidos y renovados. Para lograr esto, es fundamental considerar la evaluación de la calidad, tanto por parte del recurso humano —responsables de la operación de las acciones— como de los usuarios, que son quienes reciben y perciben estas acciones.

La Universidad de Costa Rica (UCR), en el año 2005, inició con el Área de Promoción de la Salud, ahora Unidad de Promoción de la Salud (UPS), a partir de la cual se diseñan varias acciones para la comunidad universitaria. Se considera que la UPS es un proyecto clave por su carácter pionero en el abordaje de la promoción de la salud y por la abundancia de actividades que lleva a cabo para los usuarios (estudiantes y funcionarios), para lo que ha sido fundamental desarrollar un análisis según las necesidades y vacíos existentes en el tema de satisfacción de éstos. El proyecto *Bonus Vitae* comenzó como un voluntariado dentro de la UPS en enero de 2009 bajo el nombre de Gestores Estudiantiles de la Salud (GES) de la Universidad de Costa Rica con un grupo de 12 estudiantes, tal como refiere Carmona (2014), coordinadora del proyecto, en entrevista. Los es-

tudiantes que forman parte del grupo se han considerado, desde entonces y hasta la actualidad, como agentes replicadores para el trabajo con la población universitaria (principalmente con estudiantes, aunque apoyan algunas actividades con funcionarios).

Según Shirley Carmona (2009, p.1), el proyecto ha tenido como propósito desde su creación «promover la participación de la población estudiantil de la Universidad de Costa Rica en torno a la promoción de la salud, con el fin de potenciar el bienestar de los estudiantes y hacer de éstos agentes multiplicadores y transformadores hacia una nueva visión de la salud». Durante el año 2010 se abrió un concurso para los entonces 20 integrantes del grupo, por medio del cual se propusieran posibles nombres para el proyecto y donde surgió como ganador el nombre *Bonus Vitae*, que en latín significa «buena vida».

Justificación

El aporte teórico de este trabajo radica en el análisis de la satisfacción (la cual generalmente se realiza de forma unidireccional) desde una perspectiva bidireccional, al incluir de forma complementaria tanto al prestador de los servicios en promoción de la salud como a los usuarios de éstos. El acercamiento a la calidad de las acciones en promoción de la salud refleja parte de la innovación que representa este estudio, pues busca establecer esta disciplina no sólo como necesaria en el sistema nacional de salud, sino como todo un proceso que puede y debe planificarse, ejecutarse y operar bajo ciertos estándares y criterios de calidad, para así generar una satisfacción en el usuario, tan válida y necesaria como la que debe darse en cualquier otro servicio de salud.

La promoción de la salud: una práctica innovadora en constante transformación

El término «promoción de la salud» se utilizó por primera vez en 1945 por el historiador y médico Henry Sigerist, ya que definió las cuatro tareas de la medicina como: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación, citado en Guerrero y Morales (2007). Sin embargo, la promoción de la salud, propiamente dicha, fue conceptualizada por la OMS alrededor de 1986, aunque es un concepto en constante evolución. La promoción de la salud surge «como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y dentro del sistema de salud» (Czeresnia; Freitas, 2009, p. 19).

La Conferencia de Ottawa, en Canadá, marcó un hito en la historia de la promoción de la salud al conceptualizarla formalmente como una estrategia para «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un mayor bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente» (OMS, 1986, p.1). La conferencia también define las cinco áreas de acción de la promoción de la salud: la creación de políticas saludables, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

La Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Adelaida, Australia (OMS, 1988), se centró en la expansión de políticas de salud favorables. En 1991, se celebró la Tercera

Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Sundsvall, Suecia (OMS, 1991), cuyo tema principal fue el medio ambiente para la salud. La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Yakarta, Indonesia (OMS, 1997), y su principal contribución fue incluir al sector privado como socio en los procesos de desarrollo de la salud; además, sumó cinco prioridades para la salud en los primeros veinte años del siglo. La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se realizó en México (OMS, 2000) y buscó rescatar algunos puntos discutidos en conferencias previas.

Dos años después, Chile fue el primer país en organizar el Foro de Promoción de la Salud en las Américas (OMS, 2002), que resultó en la firma de 11 acuerdos sobre temas de promoción de la salud para los países participantes. La Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Bangkok, Tailandia (OMS, 2005), afirmó que empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad debe ocupar un lugar importante en el desarrollo mundial, en especial a nivel nacional, basando la promoción de la salud en un derecho humano. La Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 2009) se celebró en Nairobi, Kenia, y uno de sus objetivos fue identificar las estrategias y los compromisos urgentes necesarios para planificar la promoción de la salud. En 2013, la Octava Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 2013) se celebró en Helsinki, Finlandia, abordó el tema de la salud en todas las políticas. Finalmente, la Novena Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Shanghái (OMS, 2016) y discutió la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, reconociendo la salud y el bienestar como temas fundamentales para el desarrollo saludable.

Consideramos que la promoción de la salud consiste en impulsar procesos que busquen lograr un mayor bienestar en salud de forma inclusiva con los distintos grupos y comunidades, con el fin de desarrollar y fortalecer en ellos la capacidad de autogestión y mejoramiento en todos los aspectos relacionados con su salud.

La participación de estos grupos y comunidades en procesos de promoción de la salud debe darse de forma accesible y oportuna, tomando en cuenta las características específicas del contexto. Además, debe hacerlo propiciando el desarrollo y fortalecimiento de una serie de aptitudes personales que faciliten procesos de cambio reales en las prácticas en salud.

Al estimular el rol activo y responsable que posee cada persona, tanto en su propia salud como en la de los grupos y comunidades a los que pertenece, se visibiliza la relevancia de cada una de ellas en la acción comunitaria, en la creación de ambientes favorables para la salud y en los procesos de elaboración de políticas públicas saludables.

Aspectos metodológicos

Partiendo del objetivo de analizar la satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud en la Universidad de Costa Rica (agosto a diciembre 2014), utilizamos un enfoque mixto, que según Sampieri y Mendoza (2008), citados por Hernández Sampieri *et al.* (2010, p. 546) «[...] representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la

información recabada (meta-inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio». Esto implica que hubo una vinculación de instrumentos predefinidos y cerrados, los cuales se complementaron con instrumentos semiestructurados que brindaron información cualitativa. Se planteó un estudio de tipo exploratorio, por lo que se eligió un Diseño de Triangulación Concurrente que consiste en recolectar y analizar los datos cuantitativos y cualitativos de forma simultánea.

Desde el enfoque cuantitativo, se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal y de carácter descriptivo. En cambio, para el enfoque cualitativo se decidió que lo óptimo era llevar a cabo el acercamiento al objeto de estudio a través del método descriptivo.

Para los datos cuantitativos se utilizó la técnica de la encuesta auto suministrada según el modelo SERVQUAL, referido por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), el cual contempla cinco dimensiones que componen la satisfacción usuaria: la tangibilidad, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la responsabilidad y la empatía. Estas dimensiones se desagregan en 22 preguntas, las cuales componen la Escala SERVQUAL, que fueron levemente ajustadas en su redacción al contexto evaluado; cada pregunta se evalúa con una escala de Likert del 1 al 7 y se aplica dos veces: al inicio del evento para medir la expectativa de la persona y al final del evento para medir la percepción de la misma persona. A raíz de las calificaciones dadas en el antes y en el después, se produce un coeficiente: negativo si hubo insatisfacción (cuando las expectativas fueron mayores a la percepción); equivalente a cero (cuando las expectativas fueron iguales a la percepción, considerándose entonces como neutro); o positivo (cuando la percepción supera a

la expectativa), lo que se considera como satisfactorio. Esta escala se aplicó a la misma muestra de usuarios en dos momentos: uno previo a la actividad (para medir expectativas) y otro posterior a ella (para medir las percepciones).

También se utilizaron técnicas de tipo conversacional para profundizar en las expectativas y percepciones por medio de entrevistas semiestructuradas a realizarse con una muestra a conveniencia de cuatro de los usuarios directos presentes en los dos talleres mencionados. Además, se realizaron dos grupos focales, uno con el personal sanitario del nivel operativo vinculado al proyecto *Bonus Vitae* (la Unidad de Promoción de la Salud en su totalidad compuesta por seis profesionales de las áreas de psicología, nutrición, medicina, comunicación colectiva, arte y actividad física) y otro con los GES, quienes forman parte del proyecto *Bonus Vitae* (seis en total, coordinadores de los ejes temáticos: alimentación saludable, salud mental, sexualidad integral, actividad física y recreación, farmacodependencia y salud bucodental).

Cabe destacar que para efectos de esta evaluación se tomaron en cuenta actividades de un solo contacto, pues según la planificación estratégica de la Unidad de Promoción de la Salud, para el año 2014 predominaron actividades de carácter puntual y no de proceso a lo largo del tiempo.

Para la colecta de datos, a cada participante de los tres grupos de sujetos de estudio se le pidió autorización previa para participar en la investigación, así como para las grabaciones de audio. A cada uno de ellos se le explicó el fin del estudio, sus propósitos y que tenían la posibilidad de abandonar una entrevista o actividad propia de la investigación. Se desarrollaron las técnicas de colecta de información bajo los principios éticos establecidos por la

Universidad de Costa Rica para investigación con seres humanos.

En cuanto al procesamiento de la información, se utilizaron dos programas informáticos. Por un lado, el programa Excel, en el cual se incorporó la matriz de datos tabulados, sobre la cual se procesaron los datos cuantitativos y se analizaron a través de la estadística descriptiva, para así interpretar y medir la situación de interés. Por otro lado, de forma complementaria se utilizó el programa Atlas TI para el análisis e interpretación de los resultados cualitativos, producto de las entrevistas semiestructuradas y de los dos grupos focales. Se realizó un análisis de tipo descriptivo en el que se enfatizó la riqueza de los datos; se describió lo que sucedió, todo aquello que se hizo y se dijo, el contexto y los participantes. Para eso, se realizó una categorización inicial con base en las dimensiones y categorías establecidas previamente, para su posterior análisis.

Satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud

Al aproximarnos a nuestro objeto de estudio, la satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae*, contemplamos las cinco dimensiones abordadas por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988). En este sentido, partimos de que los autores entienden la tangibilidad como las instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal; la fiabilidad, como la capacidad para realizar el servicio prometido de forma honesta y precisa; la capacidad de respuesta como la voluntad de ayudar a los clientes y ofrecer un servicio rápido y oportuno; la responsabilidad como el conocimiento y la cortesía del personal y su capacidad para

inspirar confianza; finalmente, la empatía como el cuidado y la atención individualizada que la empresa ofrece a sus clientes.

A continuación se presentan los promedios de satisfacción que surgieron al aplicar la escala SERVQUAL en las dos actividades realizadas por el Proyecto *Bonus Vitae*: un convivio sobre manejo de las emociones y un taller sobre manejo efectivo del tiempo.

Tabla 1. Promedios de satisfacción usuaria por dimensiones en dos actividades desarrolladas por el proyecto *Bonus Vitae*

| Dimensiones | Convivio sobre manejo de emociones | Taller sobre manejo efectivo del tiempo |
|---|------------------------------------|---|
| Promedio de satisfacción global de tangibilidad | 0,128 | -0,978 |
| Promedio de satisfacción global de fiabilidad | 0,131 | -0,313 |
| Promedio de satisfacción global de capacidad de respuesta | 0,204 | -0,252 |
| Promedio de satisfacción global de responsabilidad | 0,380 | -0,201 |
| Promedio de satisfacción global de empatía | 0,377 | -0,196 |

Fuente: Elaboración propia

Se hace evidente, por lo tanto, la insatisfacción demostrada con respecto al taller

por medio de la escala en sus cinco dimensiones. Asimismo, destaca la satisfacción positiva hacia el convivio realizado, partiendo también de sus cinco dimensiones.

Perfil de expectativas de la población usuaria del proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud

Una vez abordadas las dimensiones de la satisfacción, se consideró de suma relevancia complementar los resultados obtenidos con la escala SERVQUAL. Se considera fundamental conocer si el perfil de expectativas en los tres grupos/niveles (profesionales de la UPS, GBS y personas usuarias) es similar, pues esto es medular para que los miembros de *Bonus Vitae* y el personal sanitario de la UPS puedan satisfacer a los usuarios y usuarias de los servicios.

Al preguntar a los participantes sobre la expectativa a grandes rasgos que tenían en el momento previo a las actividades, se obtuvo una diversidad de respuestas. Se encontraron respuestas como: «Yo lo que pensé fue que me iban a dar algunas recomendaciones de cómo llevar una vida mejor o algo así» (estudiante 1, 3 nov., 2014); «tal vez la expectativa que tenía era otra charla normal, como otras [a las] que he asistido en la universidad. Sólo me invitaron a llegar y lo hice, no sabía para lo que iba, pero generalmente las charlas de la U [niversidad] todas son muy diferentes [sic]. Supongo que de haber sabido que tenía un tema motivacional, hubiera ido con una expectativa muy positiva...» (estudiante 2, 3 nov., 2014); «[...] a veces es muy tedioso, a veces uno no espera que sea muy así, como bueno. A uno como estudiante no le gusta ir a esas cosas, el levantarse temprano e ir hasta allá, a uno no le gusta [sic]» (estu-

dante 3, 3 nov., 2014). Por último, se contó con una expectativa de satisfacción global positiva: «[...] Siempre lo que pensé es que iba a aprender cosas nuevas, que me iban a servir tanto para progresar personalmente como para luego desempeñarme en la carrera [...]» (estudiante 4, 3 nov., 2014).

En el grupo focal con los coordinadores de ejes temáticos de *Bonus Vitae*, se expresaron varias frases en relación con la satisfacción general, por ejemplo: «Las expectativas de la gente eran nulas porque ni siquiera sabían a lo que iban» (coordinador 1, 31 mar., 2015); «con nosotros, la mayor parte de la gente llegaba motivada a jugar o a divertirse un rato, a salir de lo que hacían siempre en la U[niversidad]» (coordinador 2, 31 mar., 2015); «los chicos no sabían a qué iban, entonces no tenían una expectativa formada más allá de que iban a ver algo de salud y de que iban a encontrar cosas nuevas» (coordinador 4, 31 mar., 2015); «cuando hacíamos las actividades, la gente en realidad no tenía expectativas» (coordinador 3, 31 mar., 2015). Lo anterior denota que, a nivel de los coordinadores de *Bonus Vitae*, los y las estudiantes que participan de las actividades llegan sin una expectativa clara.

Al preguntar a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud del grupo focal se mencionó que «quieren aprender cosas nuevas, cosas muy prácticas y de una forma diferente» (profesional 1, 17 nov., 2015); «en realidad, una de las expectativas que ellos tienen es sobre la forma en que van a aprender, o la forma en que van a recibir los servicios que la unidad ofrece, porque creo que ya se ha caracterizado que nuestra marca es hacerlo de manera innovadora, no de la forma tradicional, y eso despierta mucha expectativa en los estudiantes» (profesional 2, 17 nov., 2015); «están los que ya conocen el trabajo de la

unidad, también los que no conocen nada, entonces, más bien vienen esperando a ver qué pueden aprender porque tienen una buena utilidad. Y creo que pueden salir muy satisfechos» (profesional 3, 17 nov., 2015); «[hay] un primer grupo de personas que efectivamente vienen porque quieren aprender un tema dado, está un segundo grupo que viene más bien porque necesitan resolver un problema y creen que lo pueden resolver viniendo y un tercer grupo de personas que no se les nota una expectativa clara» (profesional 4, 17 nov., 2015); «muchos que llegan no saben ni tienen idea de qué es [la] promoción de la salud, entonces llegan sólo a ver de qué les vamos a hablar, como [el evento] viene marcado por el tema de ‘salud’, entonces, típico, piensan en consulta, servicios y demás» (profesional 5, 17 nov., 2015).

Tomando en cuenta las posturas de las tres partes, se evidencia que existe una noción compartida por los tres grupos sobre que a veces no hay una expectativa clara o definida, pues no se tiene siquiera un referente; así también, es importante destacar que se nota un punto de encuentro en el hecho de que los estudiantes, generalmente, vienen con una gran disposición de aprender cosas nuevas, a pesar de que tengan una expectativa nula o no tengan una expectativa clara en relación con la promoción de la salud. Del mismo modo, es importante tomar en cuenta lo mencionado por el estudiante 2 y el profesional 5, al referirse a una expectativa basada en una postura tradicional no sólo de la salud, sino también en cuanto a las técnicas a utilizar (rígidas y magistrales).

En relación con los elementos tangibles existe una coincidencia en la relevancia del espacio donde se desarrollan las actividades, pues todos los grupos coinciden en que éstos deben ser amplios, aptos para

la cantidad de personas participantes a pesar de que no siempre se tenga absoluto control o poder de decisión sobre el lugar disponible. También se hizo referencia a los materiales utilizados, sobre lo que se demostró, gracias a la opinión de los estudiantes entrevistados, que son acordes a la población meta y que cumplen con el propósito establecido, por lo que podría considerarse que la planificación de estos materiales por parte de los profesionales de la UPS y de los GES es pertinente.

Sobre la confiabilidad, algunos estudiantes hablaron de ésta en términos más generales, como el «profesionalismo» demostrado por los facilitadores y la pertinencia de los temas abordados. Asimismo, llama la atención que los miembros de *Bonus Vitae* se refieran a su posición frente a los estudiantes como de poca credibilidad en algunas ocasiones debido a su edad. Por eso es importante que esta situación se contenga con la presencia de los profesionales de salud, para atender dudas o respaldar a los miembros de *Bonus Vitae*. Por último, se evidencia que los profesionales de la UPS toman en cuenta aspectos como la información actualizada, científica y lo más objetiva posible, así como la planificación completa de las actividades a ejecutar, pero también la flexibilidad para el factor sorpresa que requiera adecuar los planes previos.

Sobre la responsabilidad, fueron destacados aspectos como la amabilidad y cordialidad, así como la receptividad al acercarse a los profesionales a aclarar sus dudas, pues consideraron a los facilitadores como personas con conocimientos en el tema. A nivel de *Bonus Vitae*, la responsabilidad se ve reflejada al tomar en cuenta los conocimientos previos de los usuarios y al mostrar seguridad en cuanto a los contenidos temáticos que manejan;

sin embargo, es importante reconocer sus limitaciones en cuanto a vacíos o temas desconocidos, antes que facilitar información falsa o dudosa. Por último, los profesionales de la UPS destacan que el trato horizontal, más la información reforzada con teoría, es la combinación ideal para que el estudiante se sienta cómodo y considere la información útil y fidedigna. Ellos, al igual que los miembros de *Bonus Vitae*, mencionan la importancia de partir del conocimiento previo y experiencias de los participantes para la construcción de nuevos conocimientos y prácticas saludables.

Sobre la capacidad de respuesta, los estudiantes consideran como relevante el servicio oportuno, la buena preparación en cuanto a planificación previa y preparación de materiales. En cuanto a la voluntad de ayudar, se destacó la capacidad de atender dudas provenientes del grupo de personas usuarias. En relación a los GES, consideraron que para ayudar a los usuarios era fundamental conocer de forma previa el tipo de dudas o cuestionamientos que iban a realizar sobre temas específicos. Se mencionó también que la estrategia de promoción de la salud entre pares (GES y estudiantes usuarios) tiene un impacto positivo en la satisfacción. Por último, los profesionales de la UPS destacaron que es necesario que todos los facilitadores estén «en sintonía» y atentos a lo que pueda pasar como situación emergente durante el evento desde la interdisciplinariedad del equipo.

Finalmente, sobre la empatía, los estudiantes entrevistados se referían a la respuesta de dudas, la atención personalizada ante cuestionamientos sobre los temas específicos y la provisión de los materiales y recursos necesarios para el desarrollo de la actividad. Los GES se centraron en aspectos como el hecho de mostrarse extrovertidos,

alegres, tratando de inspirar confianza y ser accesibles y no responder con base en prejuicios; además, consideran importante dejar a los usuarios compartir y comentar sus opiniones como parte de la construcción del conocimiento. Los profesionales de la UPS centraron su perspectiva en elementos como dar ayuda y ponerse en el lugar del otro pero sin victimizar al usuario, así como el respeto a sus decisiones. Ellos facilitan las opciones y la información, pero sólo el usuario puede decidir.

Reflexiones finales

Con respecto a la evaluación realizada con estudiantes usuarios de *Bonus Vitae*, si bien a nivel del taller se contó con múltiples comentarios positivos en cuanto al contenido (calificado como interesante y llamativo), todos los promedios de satisfacción en las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL estuvieron por debajo de cero, lo que demuestra insatisfacción. A pesar de haber sido el mismo equipo de profesionales ejecutando ambas actividades, el éxito y la satisfacción de los usuarios (o en su defecto, una insatisfacción evidenciada) se ven determinados por una serie de condiciones al momento de la ejecución. También, queda clara la importancia que implica la persona intermediaria, quien coordina aspectos como el lugar y la convocatoria, pues en el caso del taller, estos elementos afectaron negativamente la percepción demostrada por los usuarios.

En relación con la tangibilidad, cabe mencionar que esta dimensión fue la que obtuvo una menor satisfacción durante el taller realizado, al igual que en el convivio, a pesar de que éste obtuvo un promedio sobre cero. Durante las entrevistas y los grupos focales, los tres grupos participan-

tes de este estudio coincidieron en que el espacio donde se desarrolla la actividad es fundamental y debe contar con un tamaño adecuado según el número de participantes, lo cual falló en la realización del taller de manejo del tiempo.

En cuanto a la fiabilidad, la satisfacción en relación con el taller mejoró, pero se mantuvo por debajo de cero; en cuanto a la fiabilidad del convivio, el resultado fue muy similar al de la dimensión anterior. Durante el taller, la insatisfacción se puede atribuir a que los horarios no fueron respetados, la actividad terminó mucho más tarde de lo planeado (casi una hora después), así como el poco orden en la ejecución de algunas actividades (por falta de espacio y materiales).

Sobre la capacidad de respuesta, los usuarios entrevistados destacan aspectos como la planificación y la preparación de materiales, así como la capacidad de los facilitadores para atender sus dudas. En cuanto a los GES, expresaron la importancia de conocer de antemano el tipo de dudas que suelen presentar los usuarios en temas específicos de salud. Los profesionales de la UPS destacaron que es fundamental estar atentos a las posibles situaciones emergentes durante la actividad y conocer los límites de tiempo y de recursos con que se cuenta para la actividad.

Sobre la dimensión de responsabilidad, los estudiantes usuarios destacaron aspectos como la amabilidad, la cordialidad y la accesibilidad que demostraban los facilitadores; para los GES se enfoca en el hecho de tomar en cuenta los conocimientos previos de las personas, así como la seguridad en el manejo de los temas abordados con los usuarios, reconociendo sus limitaciones teóricas y prácticas. Por último, los profesionales de la UPS consideraron que la responsabilidad se relaciona con la suma

del trato horizontal y el uso de información basada en teoría.

Por último, la dimensión de la empatía fue la segunda en grado de mayor satisfacción durante el convivio. Los usuarios entrevistados destacaron las respuestas a sus dudas y la atención de forma personalizada. Los GES, por su parte, centraron su concepción de la empatía en relación con su proyección hacia los usuarios, sobre todo el hecho de tener las mismas edades, la accesibilidad para conversar y atender dudas, así como brindar espacio para que los usuarios expresen sus opiniones. Por último, el grupo de profesionales de la UPS destacó el ponerse en el lugar del usuario sin recurrir a la victimización o a la imposición de lo que se debe hacer.

Finalmente, dado que la Promoción de la Salud como disciplina consolidada tiene relativamente pocos años, no se han establecido normativas o parámetros que permitan evaluar la calidad del servicio, lo que implica una deficiencia técnica para poder llevar a cabo procesos de mejoramiento continuo. Lo anterior puede llevar a pensar que «todo lo que se hace en promoción de la salud está bien». Queda pendiente como un reto primordial para los profesionales en promoción de la salud realizar investigación en calidad y satisfacción de las personas usuarias, con vistas a crear un modelo de evaluación de la calidad que permita orientar el desarrollo de los procesos de Promoción de la Salud. Asimismo, lo anterior contribuiría al posicionamiento de esta nueva disciplina en los distintos escenarios organizacionales.



Referencias bibliográficas

Abarca, A. (2009). Las Contralorías de Servicios en el sistema de salud de Costa Rica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 1(13), 17-22.

Carmona, S. (2009). Diseño de Proyecto: *Bonus Vitae*. Documento versión digital, formato DOC.

Carmona, S. (17 sep. 2014). Entrevista personal a Shirley Carmona, coordinadora del proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Czeresnia, D.; Freitas, C. (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dominguez, O.; Manrique, C. (2011). Bioética y la calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. *Acta Bioethica*, 17(1), 31-36.

Guerrero, C.; Morales, K. (2007). *Mejoramiento de la calidad de atención de los y las usuarias, a través de un Programa de Educación Continua, dirigido a Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS), basado en sus necesidades educativas. Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), Convenio CCSS-UCR Primer semestre 2007*. Práctica Dirigida para optar por el título de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

Hernández-Sampieri, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (Quinta edición). México, DF: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Organización Panamericana de la Salud (2009). Panamá cuenta con el *Observatorio de la calidad de la atención de salud*. Recuperado el 28 de mayo de 2013, de http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=259/

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de

<http://www1.paho.org/spanish/hpp/otawachartersp.pdf/>

Organización Mundial de la Salud (1988). *Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Adelaida: Políticas a favor de la Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <http://www.uhu.es/95102/bibliografia.htm/>

Organización Mundial de la Salud (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables para la salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <https://www.google.co.cr/url/>

Organización Mundial de la Salud (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf/

Organización Mundial de la Salud (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad*. Recuperado el 29 de abril de 2013, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf/

Organización Mundial de la Salud (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf/

Organización Mundial de la Salud (2009). *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in Health Promotion*. Recuperado el 2 de abril de 2013, de http://javeriana.edu.co/redcups/Nairobi_Call_for_Action.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Health in All Policies*. Recuperado el 17 de abril de 2014, de <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 27 de marzo de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draftes.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/compromisoChi.pdf/>

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 1237.

Rade, V. (2006). Customer Satisfaction with Patient Care: Where's the beef? *Journal of Hospital Marketing and Public Relations*, 17(1), 79-107.

Riveros, J.; Berné, C.; Múgica, J. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 138, 630-638.

Urroz, O. (10 jun. 2013). Entrevista personal al doctor Orlando Urroz, director del Hospital Nacional de Niños, director del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.