

**ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL  
PROYECTO BONUS VITAE DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA  
SALUD, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.**

Verónica Cristina Gamboa Lizano

**Universidad de Costa Rica**  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública



**ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL  
PROYECTO BONUS VITAE DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA  
SALUD, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.**

Tesis para optar a la Licenciatura en Promoción de la Salud

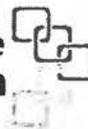
Presenta:

Verónica Cristina Gamboa Lizano

A92529

Fecha de presentación:

-Enero 2016-



ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 01-2016

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 14 de enero 2016, a las 10:00 a.m. con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Verónica Cristina Gamboa Lizano	A92529	2013

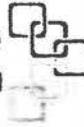
Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de Tesis, para optar al grado de **Licenciatura en Promoción de la Salud**.

El Tribunal Examinador está integrado por:

<b>Dr. Mauricio Vargas Fuentes</b>	Presidente
<b>Licda. Ivannia Fallas Valencia</b>	Profesora Invitada
<b>Mtro. Allan Abarca Rodriguez</b>	Director T.F.G.
<b>Dr. Juan Carazo Salas</b>	Miembro del Comité Asesor
<b>M.Sc. Eyleen Alfaro Porras</b>	Miembro del Comité Asesor

**ARTICULO I**

La persona que preside el acto informa que el expediente de la persona postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda hacer la exposición



ARTICULO II

La persona postulante realiza la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado:

***"Análisis de la Satisfacción Usuaría respecto al proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica"***

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador realiza las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (  ) NO APROBADO (  )

Observaciones: 1. Hacer ajustes a la redacción  
2. Agregar la recomendación sobre el rol de los promotores de la salud en la ODS  
3. Se recomienda la publicación de un artículo derivado de lo tesis  
Se recomienda darle a los estudiantes la distinción de honor.



ARTICULO V

La persona que preside el Tribunal Examinador le comunica a la postulante el resultado de la deliberación como aprobado por lo que la declara acreedora al grado de Licenciatura en Promoción de la Salud.

Se les indica que tiene 30 días hábiles para la presentación de los ejemplares en su versión final, conforme lo estipula el Artículo 36 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Adicionalmente se les informa de la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 11:20 hrs se levanta la sesión en \_\_\_\_\_.

Nombre:

Juan Carlos Salas  
Allan Abasco Rodríguez  
Eyleen Alfaro Porras  
Ivannia Falco Valencia  
Mauricio Vargas Fuentes

Firma:

[Handwritten signatures of the Tribunal Examinador members]

Estudiante:

[Handwritten signature of the student]

Alguna otra observación

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulantes

SELLO

## AGRADECIMIENTOS

A mi Comité Asesor, por su paciente acompañamiento y buena disposición para ayudarme en todas y cada una de las fases de este proceso. A mi director de tesis, el Mtro. Allan Abarca Rodríguez, por su orientación y guía constante en los últimos dos años; admiro su vocación de docente y le agradezco por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias como destacado investigador. Al Dr. Juan Carazo Salas por motivarme durante mi vida estudiantil y apoyarme como lector de este trabajo. Por último, a la M.Sc. Eyleen Alfaro Porras, por unirse a este proceso con recomendaciones pertinentes y observaciones que enriquecieron este producto final. A la profesora invitada a mi defensa pública de tesis, la Lic. Ivannia Fallas Valencia, por sus aportes y comentarios oportunos.

Al Dr. Mauricio Vargas, por sus recomendaciones y aportes hacia esta investigación, así como su apoyo en las distintas gestiones a lo largo de este proceso.

A la Escuela de Salud Pública, su personal docente y administrativo, por compartir conmigo estos siete años de vida universitaria y demostrarme siempre confianza y apoyo. Con especial cariño a Yulia Zúñiga, por su motivación, empeño y calidez hacia nosotros, los estudiantes.

A la Unidad de Promoción de la Salud de la Oficina de Bienestar y Salud, Universidad de Costa Rica, por su apertura y buena disposición desde el inicio de este proceso; por facilitarme el espacio para realizar mi tesis, por cada discusión y reflexión que compartieron conmigo. Gracias también por su trabajo y compromiso para con la Promoción de la Salud y su posicionamiento en la Universidad.

Finalmente, a familiares, amigos, compañeros y profesores, que de forma constante creyeron en mí; les agradezco infinitamente y celebro con ustedes este logro.

## PRÓLOGO

Aprovecho la posibilidad de escribir un prólogo –relato personal libre de escribirse aún en un trabajo académico- simplemente para exponer que desde que ingresé a formarme como promotora de la salud, muchos aspectos cambiaron en mi vida; mi interés por el bienestar de las personas fue incrementando a manera que tuve más contactos con distintas realidades de nuestro país, aumentando así mi sensibilidad por la situación nacional, sobretodo en temas de salud. Desde ese momento, he pasado por un proceso de reconocimiento de las problemáticas y necesidades de distintos grupos, así como de posibles abordajes y estrategias desde la Promoción de la Salud que pueden contribuir al mejoramiento de estas situaciones.

Dado que la licenciatura posee un enfoque de gestión de servicios de promoción de la salud, surgió mi interés por la gestión de la calidad en los mismos; principalmente porque al trabajar desde una disciplina innovadora en Costa Rica, me pareció importante destacar el compromiso de ofrecer servicios de calidad, como parte de un posicionamiento y un reconocimiento del valor de la disciplina en el sistema nacional de salud.

El elegir la modalidad de tesis representó un enorme reto para mí. El llevar a cabo esta tesis me hizo fortalecer una serie de habilidades tanto profesionales como personales, como lo son la paciencia, la constancia, el deseo de dar resultados excelentes, apegados a la realidad y fidedignos, entre otros. Es por lo anterior que durante este proceso investigativo siento que he crecido como promotora de la salud, como investigadora y como persona.

En relación a la temática de esta tesis, cabe destacar que en el ámbito internacional cada vez adquiere mayor importancia la evaluación en la calidad de servicios de salud. La tendencia es la de medir y valorar la satisfacción de los usuarios de los servicios tanto de carácter clínico como hospitalario.

Esta tendencia certifica una doble relevancia; por un lado, la de un reconocimiento explícito del derecho de los usuarios en su condición humana y como ciudadanos a los cuales se les debe prestar un servicio de calidad; y, por otro lado, lo que significa esa recopilación de información para los propios servicios prestadores de salud a efectos de generar una mejora en éstos.

El tema adquiere relevancia cuando se piensa en lo que ha significado, estos últimos años, una mayor prestación de servicios en lo que se denomina *promoción de la salud*. Por las características propias de éstos -que se relatan más adelante- es que se vuelve más estratégico que los servicios cuenten con un proceso de mejoramiento continuo a través de una realimentación constante y bidireccional entre el personal sanitario operativo y los usuarios directos de estos servicios.

Se reconoce ampliamente que en Costa Rica existe una escasez de programas y proyectos en materia de Promoción de la Salud y cuando estos se dan, las ofertas presentan sensibles vacíos en el tema de evaluación de la calidad con la cual se presta. esto es, parece que “todo aquello que se haga en promoción de la salud de por sí es bueno”, olvidando que la satisfacción de los usuarios puede generar información valiosa para fortalecer los alcances de lo que se hace.

Esta situación vuelve invisible la necesidad de conocer y evaluar la perspectiva del usuario para así fortalecer, corregir y adaptar de manera continua los servicios de acuerdo a las necesidades de sus receptores, quienes son la razón de ser del servicio.

Dentro de esta escasez evaluativa, es mucho menos común encontrar estudios que vayan más allá de la perspectiva del usuario, sino que contrasten lo que piensan los oferentes de estos programas, proyectos y actividades (generalmente personal sanitario) frente a los posibles receptores, quienes se espera que sean asiduos en el consumo de éstas ofertas en promoción de la salud y, por lo tanto, que ese contacto usuario-oferente genere la máxima satisfacción.

Este trabajo investigativo intenta diagnosticar qué sucede en una institución como la Universidad de Costa Rica, la cual ha planteado una propuesta innovadora en el país, pues como parte de la Oficina de Bienestar y Salud, creó la Unidad de Promoción de la Salud que se enfoca en el trabajo para y con los miembros del *campus* universitario (tanto estudiantes como funcionarios).

Se considera que esta iniciativa pionera en el ámbito nacional de Promoción de la Salud debe de verse fortalecida a través de una evaluación efectiva, oportuna y según las necesidades de los usuarios, dado que es posible que otras instituciones del país –en el área productiva,

académica, tecnológica, etc.- transfieran la experiencia que se desarrolla en esta universidad pública.

La propuesta investigativa gira entorno a determinar la satisfacción de los involucrados en los servicios de Promoción de la Salud, específicamente con respecto al proyecto de Bonus Vitae<sup>1</sup>. no sólo desde la perspectiva usuaria sino del personal sanitario operativo<sup>2</sup> que se encarga de éstos servicios, para así generar un contraste y buscar tanto puntos de encuentro como de mejora para una satisfacción mayor de los usuarios de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud y, por ende, solidez de la prestación del proyecto.

---

<sup>1</sup> Para una comprensión en detalle de dicho proyecto, *vid. Supra* apartado 8

<sup>2</sup> La persona lectora podría creer que hay un error de redacción por parte de la autora en este trabajo dado que podría considerarse mejor utilizar en el título "satisfacción del usuario y del personal sanitario operativo", sin embargo se escribe de esta forma porque el foco del análisis es la satisfacción del usuario lo cual se evalúa desde dos perspectivas: la del usuario y la del personal sanitario operativo.

## DEDICATORIA

*A Dios por ser mi roca, mi todo, por levantarme en cada prueba y regalarme incontables bendiciones.*

*A mi mamá Gladys y mi papá Ovidio, quienes me apoyaron en todas las formas que necesité, por su amor infinito y paciencia incansable.*

*A Gla, Caro y Camila por su cariño y apoyo en los subes y bajas que viví a lo largo de este proceso.*

*A mis amigos y amigas, quienes han permanecido conmigo en cada prueba y quienes han celebrado conmigo cada éxito.*

## TABLA DE CONTENIDO

Apartado I.	JUSTIFICACIÓN.....	1
Apartado II.	MARCO CONTEXTUAL.....	6
	2.1 Oficina de Bienestar y Salud.....	6
	2.2 Unidad de Promoción de la Salud.....	9
	2.3 Servicios de la Unidad de Promoción de la Salud.....	11
	2.4 Evaluaciones en la Unidad de Promoción de la Salud.....	12
	2.5 Normativa nacional para la evaluación de la calidad.....	13
Apartado III.	ESTADO DEL ARTE.....	17
	3.1 Sobre la calidad en la atención sanitaria.....	18
	3.2 Sobre la satisfacción del usuario.....	24
Apartado IV.	MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	30
	4.1 Promoción de la Salud.....	30
	4.2 Calidad.....	35
	4.2.1 Calidad del servicio de atención en salud.....	36
	4.2.2 Satisfacción del usuario.....	40
	4.2.3 Modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry.....	42
Apartado V.	ELEMENTOS METODOLÓGICOS CENTRALES.....	45
	5.1 Objetivos.....	45
	5.1.1 Objetivo General.....	45
	5.1.2 Objetivos Específicos.....	45
	5.2 Pregunta de Investigación.....	46
	5.2.1 Filtro PICO y Filtro FINER.....	46
	5.3 Diseño de la investigación.....	47
	5.4 Técnicas e instrumentos.....	48
	5.5 Sujetos de estudio.....	49
	5.6 Diseño de las muestras.....	50
	5.7 Plan de garantía ética.....	51
	5.8 Plan de análisis.....	52
	5.9 Dimensiones y categorías a investigar.....	52
	5.10 Limitaciones de la investigación.....	56
Apartado VI.	EVOLUCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ESCENARIO UNIVERSITARIO A TRAVÉS DEL PROYECTO BONUS VITAE .....	58

6.1	Inicios del proyecto Bonus Vitae.....	58
6.2	Conformación del grupo de Gestores Estudiantiles.....	59
6.3	Evolución del Proyecto Bonus Vitae.....	60
6.4	Sesiones de capacitación en temáticas de Salud Integral.....	63
Apartado VII. ASPECTOS PROGRAMÁTICOS Y ACCIONES PUNTUALES DE BONUS VITAE.....		67
7.1	Enquadre programático de la Unidad de Promoción de la Salud y el Proyecto Bonus Vitae, según Plan Anual Operativo 2014....	67
7.2	Aspectos programáticos según ejes de acción de la Promoción de la Salud.....	69
7.3	Programación y acciones específicas de Bonus Vitae durante el año 2014.....	72
7.4	Marco referencial para la intervención desde el Proyecto Bonus Vitae.....	79
7.5	Temáticas y contenidos abordados desde el proyecto Bonus Vitae.....	80
7.6	Descripción programática de actividades evaluadas.....	84
	7.6.1 Convivio sobre Manejo de Emociones.....	84
	7.6.2 Taller sobre Manejo del Tiempo.....	90
Apartado VIII. CRITERIO DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL PROYECTO BONUS VITAE .....		93
8.1	Análisis de Satisfacción a través de Escala SERVQUAL en el convivio sobre manejo de emociones para estudiantes de residencias.....	93
	8.1.1 Análisis de satisfacción según elemento tangibles.....	94
	8.1.2 Análisis de satisfacción según fiabilidad.....	98
	8.1.3 Análisis de satisfacción según capacidad de respuesta....	104
	8.1.4 Análisis de satisfacción según responsabilidad.....	110
	8.1.5 Análisis de satisfacción según empatía.....	115
	8.1.6 Satisfacción global de las dimensiones de la escala.....	121
	8.1.7 Satisfacción global de los casos participantes.....	122
8.2	Análisis de Satisfacción a través de Escala SERVQUAL en el taller sobre manejo del tiempo para estudiantes de residencias....	122
	8.2.1 Análisis de satisfacción según elementos tangibles.....	123
	8.2.2 Análisis de satisfacción según fiabilidad.....	127
	8.2.3 Análisis de satisfacción según capacidad de respuesta....	132
	8.2.4 Análisis de satisfacción según responsabilidad.....	138
	8.2.5 Análisis de satisfacción según empatía.....	143
	8.2.6 Satisfacción global de las dimensiones de la escala.....	150
	8.2.7 Satisfacción global de los casos participantes.....	150

8.3	Análisis Integrado de Satisfacción a través de las dimensiones de la Escala SERVQUAL.....	151
Apartado IX.	EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL PROYECTO BONUS VITAE.....	153
9.1	Descripción global sobre la expectativa de satisfacción.....	153
9.2	Expectativas para Comunicaciones Boca-Oído.....	156
9.3	Expectativas para Necesidades Personales.....	158
9.4	Expectativas para Experiencias Previas.....	160
9.5	Expectativas para Comunicaciones Externas.....	163
9.6	Expectativas en relación a los Elementos Tangibles.....	165
9.7	Expectativas en relación a la Confiabilidad.....	169
9.8	Expectativas en relación a la Responsabilidad.....	172
9.9	Expectativas en relación a la Capacidad de Respuesta.....	175
9.10	Expectativas en relación a la Empatía.....	178
9.11	Sobre la satisfacción de forma global.....	180
9.12	Reacciones de facilitadores ante opiniones brindadas por los y las estudiantes entrevistadas.....	181
9.12.1	Reactivo 1.....	181
9.12.2	Reactivo 2.....	182
9.12.3	Reactivo 3.....	183
9.12.4	Reactivo 4.....	184
9.12.5	Reactivo 5.....	185
9.12.6	Reactivo 6.....	186
9.12.7	Reactivo 7.....	187
Apartado X.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	189
Apartado XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	203
Apartado XII.	ANEXOS.....	211

## ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS, GRÁFICAS Y ANEXOS

### Índice de Tablas

TABLA 1.	Funciones de la Oficina de Bienestar y Salud, 2012.....	7
TABLA 2.	Acuerdos en Promoción de la Salud, Chile 2002.....	33
TABLA 3.	Ejes de Trabajo desglosados por Objetivo General y Objetivos Específicos, PAO UPS 2014.....	68
TABLA 4.	Capacitaciones de los Gestores Estudiantiles en Salud durante el 2014.....	72
TABLA 5.	Ejes Temáticos, Subtemas y Contenidos de Bonus Vitae, 2015.....	82
TABLA 6.	Cronograma de Convivio sobre Manejo de Emociones, UPS 2014.....	85
TABLA 7.	Tipologías de inteligencia emocional según el grado de control y apoyo hacia los demás.....	89
TABLA 8.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al sitio adecuado, Actividad 1.....	94
TABLA 9.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la presentación de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	95
TABLA 10.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a los materiales utilizados y su atractivo visual, Actividad 1.....	96
TABLA 11.	Promedios de satisfacción de la dimensión tangibilidad según sus ítems 1, 2 y 3, Actividad 1.....	97
TABLA 12.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al respeto por el horario de inicio por parte de los facilitadores, Actividad 1.....	98
TABLA 13.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a si el orden de las actividades facilita el logro de los objetivos, Actividad 1.....	99
TABLA 14.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la disponibilidad de materiales requeridos para la ejecución de actividades, Actividad 1.....	100
TABLA 15.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la ejecución de las actividades según previa planificación, Actividad 1.....	101
TABLA 16.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al respeto por el horario de finalización, Actividad 1.....	102
TABLA 17.	Promedios de satisfacción de la dimensión fiabilidad según sus ítems 4, 5, 6, 7 y 8, Actividad 1.....	103

TABLA 18.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la atención a todas las consultas emergentes, Actividad 1.....	104
TABLA 19.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la actitud conveniente por parte de las personas facilitadoras durante la ejecución, Actividad 1.....	105
TABLA 20.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a las habilidades de comunicación suficientes por parte de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	106
TABLA 21.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la atención por parte de las personas facilitadoras a necesidades de los participantes, Actividad 1.....	107
TABLA 22.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a las técnicas creativas e innovadoras utilizadas por las personas facilitadoras, Actividad 1.....	108
TABLA 23.	Promedios de satisfacción de la dimensión capacidad de respuesta según sus ítems 9, 10, 11, 12 y 13. Actividad 1.....	109
TABLA 24.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a los conocimientos teórico-prácticos de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	110
TABLA 25.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la atención a todos los acontecimientos prestada por las personas facilitadoras, Actividad 1.....	111
TABLA 26.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a las respuestas a consultas suficientes y oportunas, Actividad 1.....	112
TABLA 27.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la confianza transmitida en el comportamiento de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	113
TABLA 28.	Promedios de satisfacción de la dimensión responsabilidad según sus ítems 14, 15, 16 y 17, Actividad 1.....	114
TABLA 29.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al interés de las personas facilitadoras por las necesidades individuales, Actividad 1.....	115
TABLA 30.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la estimulación a los asistentes a participar, Actividad 1.....	116
TABLA 31.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la flexibilidad de las personas facilitadoras ante necesidades específicas, Actividad 1.....	117

TABLA 32.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la accesibilidad de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	118
TABLA 33.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al equilibrio de las personas facilitadoras ante intereses particulares, Actividad 1.....	120
TABLA 34.	Promedios de satisfacción de la dimensión responsabilidad según sus ítems 18, 19, 20, 21 y 22, Actividad 1.....	121
TABLA 35.	Promedios de satisfacción según las 5 dimensiones de la escala SERVQUAL, Actividad 1.....	121
TABLA 36.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al sitio adecuado para la actividad, Actividad 2.....	123
TABLA 37.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la presentación de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	124
TABLA 38.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a los materiales utilizados y su atractivo visual, Actividad 2.....	125
TABLA 39.	Promedios de satisfacción de la dimensión tangibilidad según sus ítems 1, 2 y 3, Actividad 2.....	126
TABLA 40.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al respeto por el horario de inicio por parte de los facilitadores, Actividad 2.....	127
TABLA 41.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a si el orden de las actividades facilita el logro de los objetivos, Actividad 2.....	128
TABLA 42.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la disponibilidad de materiales requeridos para la ejecución de actividades, Actividad 2.....	129
TABLA 43.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la ejecución de las actividades según previa planificación, Actividad 2.....	130
TABLA 44.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al respeto por el horario de finalización, Actividad 2.....	131
TABLA 45.	Promedios de satisfacción de la dimensión fiabilidad según sus ítems 4, 5, 6, 7 y 8, Actividad 2.....	132
TABLA 46.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la atención a todas las consultas emergentes, Actividad 2.....	133
TABLA 47.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la actitud conveniente por parte de las personas facilitadoras durante la ejecución, Actividad 2.....	134

TABLA 48.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a las habilidades de comunicación suficientes por parte de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	135
TABLA 49.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la atención por parte de las personas facilitadoras a necesidades de los participantes, Actividad 2.....	136
TABLA 50.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a las técnicas creativas e innovadoras utilizadas por las personas facilitadoras, Actividad 2.....	137
TABLA 51.	Promedios de satisfacción de la dimensión capacidad de respuesta según sus ítems 9, 10, 11, 12 y 13, Actividad 2.....	138
TABLA 52.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a los conocimientos teórico-prácticos de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	139
TABLA 53.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la atención a todos los acontecimientos prestada por las personas facilitadoras, Actividad 2.....	140
TABLA 54.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a las respuestas a consultas suficientes y oportunas, Actividad 2.....	141
TABLA 55.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la confianza transmitida en el comportamiento de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	142
TABLA 56.	Promedios de satisfacción de la dimensión responsabilidad según sus ítems 14, 15, 16 y 17, Actividad 2.....	143
TABLA 57.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al interés de las personas facilitadoras por las necesidades individuales, Actividad 2.....	144
TABLA 58.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la estimulación a los asistentes a participar, Actividad 2.....	145
TABLA 59.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la flexibilidad de las personas facilitadoras ante necesidades específicas, Actividad 2.....	146
TABLA 60.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto a la accesibilidad de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	147
TABLA 61.	Número de casos según grado de expectativa y percepción con respecto al equilibrio de las personas facilitadoras ante intereses particulares, Actividad 2.....	148
TABLA 62.	Promedios de satisfacción de la dimensión responsabilidad según sus ítems 18, 19, 20, 21 y 22, Actividad 2.....	149

TABLA 63. Promedios de satisfacción según las 5 dimensiones de la escala SERVQUAL. Actividad 2.....	150
---	-----

### Índice de Figuras

FIGURA 1. Organigrama estructural de la Oficina Bienestar y Salud, marzo 2013...	8
FIGURA 2. Modelo Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985.....	44
FIGURA 3. Datos relevantes para la lectura de etiquetas, capacitación Bonus Vitae 16 julio 2014.....	65
FIGURA 4. Instrumento de caritas utilizado para evaluar actividades, Unidad de Promoción de la Salud 2014.....	78

### Índice de Gráficas

GRÁFICO 1. Casos según grados de satisfacción con respecto al sitio adecuado para la actividad, Actividad I.....	95
GRÁFICO 2. Casos según grados de satisfacción con respecto a la presentación de las personas facilitadoras, Actividad I.....	96
GRÁFICO 3. Casos según grados de satisfacción con respecto a los materiales utilizados y su atractivo visual, Actividad I.....	97
GRÁFICO 4. Casos según grados de satisfacción con respecto al respeto por el horario de inicio por parte de los facilitadores, Actividad I.....	98
GRÁFICO 5. Casos según grados de satisfacción con respecto a si el orden de las actividades facilita el logro de los objetivos, Actividad I.....	99
GRÁFICO 6. Casos según grados de satisfacción con respecto a la disponibilidad de materiales requeridos para la ejecución de actividades, Actividad I.....	101
GRÁFICO 7. Casos según grados de satisfacción con respecto a la ejecución de las actividades según previa planificación, Actividad I.....	102
GRÁFICO 8. Casos según grados de satisfacción con respecto al respeto por el horario de finalización, Actividad I.....	103
GRÁFICO 9. Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención a todas las consultas emergentes, Actividad I.....	104
GRÁFICO 10. Casos según grados de satisfacción con respecto a la actitud conveniente por parte de las personas facilitadoras durante la ejecución, Actividad I.....	106
GRÁFICO 11. Casos según grados de satisfacción con respecto a las habilidades de comunicación suficientes por parte de las personas facilitadoras, Actividad I.....	107

GRÁFICO 12.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención por parte de las personas facilitadoras a necesidades de los participantes, Actividad 1.....	108
GRÁFICO 13.	Casos según grados de satisfacción con respecto a las técnicas creativas e innovadoras utilizadas por las personas facilitadoras, Actividad 1.....	109
GRÁFICO 14.	Casos según grados de satisfacción con respecto a los conocimientos teórico-prácticos de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	111
GRÁFICO 15.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención a todos los acontecimientos prestada por las personas facilitadoras, Actividad 1.....	112
GRÁFICO 16.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención a todos los acontecimientos prestada por las personas facilitadoras, Actividad 1.....	113
GRÁFICO 17.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la confianza transmitida en el comportamiento de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	114
GRÁFICO 18.	Casos según grados de satisfacción con respecto al interés de las personas facilitadoras por las necesidades individuales, Actividad 1.....	115
GRÁFICO 19.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la estimulación a los asistentes a participar, Actividad 1.....	117
GRÁFICO 20.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la flexibilidad de las personas facilitadoras ante necesidades específicas, Actividad 1.....	118
GRÁFICO 21.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la accesibilidad de las personas facilitadoras, Actividad 1.....	119
GRÁFICO 22.	Casos según grados de satisfacción con respecto al equilibrio de las personas facilitadoras ante intereses particulares, Actividad 1.....	120
GRÁFICO 23.	Casos según grados de satisfacción global de los 22 ítems, Actividad 1.....	122
GRÁFICO 24.	Casos según grados de satisfacción con respecto al sitio adecuado para la actividad, Actividad 2.....	124
GRÁFICO 25.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la presentación de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	125
GRÁFICO 26.	Casos según grados de satisfacción con respecto a los materiales utilizados y su atractivo visual, Actividad 2.....	126

GRÁFICO 27.	Casos según grados de satisfacción con respecto al respeto por el horario de inicio por parte de los facilitadores, Actividad 2.....	127
GRÁFICO 28.	Casos según grados de satisfacción con respecto a si el orden de las actividades facilita el logro de los objetivos, Actividad 2.....	128
GRÁFICO 29.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la disponibilidad de materiales requeridos para la ejecución de actividades, Actividad 2.....	129
GRÁFICO 30.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la ejecución de las actividades según previa planificación, Actividad 2.....	130
GRÁFICO 31.	Casos según grados de satisfacción con respecto al respeto por el horario de finalización, Actividad 2.....	131
GRÁFICO 32.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención a todas las consultas emergentes, Actividad 2.....	133
GRÁFICO 33.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la actitud conveniente por parte de las personas facilitadoras durante la ejecución, Actividad 2.....	134
GRÁFICO 34.	Casos según grados de satisfacción con respecto a las habilidades de comunicación suficientes por parte de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	135
GRÁFICO 35.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención por parte de las personas facilitadoras a necesidades de los participantes, Actividad 2.....	136
GRÁFICO 36.	Casos según grados de satisfacción con respecto a las técnicas creativas e innovadoras utilizadas por las personas facilitadoras, Actividad 2.....	138
GRÁFICO, 37.	Casos según grados de satisfacción con respecto a los conocimientos teórico-prácticos de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	139
GRÁFICO 38.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención a todos los acontecimientos prestada por las personas facilitadoras, Actividad 2.....	140
GRÁFICO 39.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la atención a todos los acontecimientos prestada por las personas facilitadoras, Actividad 2.....	141
GRÁFICO 40.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la confianza transmitida en el comportamiento de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	143

GRÁFICO 41.	Casos según grados de satisfacción con respecto al interés de las personas facilitadoras por las necesidades individuales, Actividad 2.....	144
GRÁFICO 42.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la estimulación a los asistentes a participar, Actividad 2.....	145
GRÁFICO 43.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la flexibilidad de las personas facilitadoras ante necesidades específicas, Actividad 2.....	146
GRÁFICO 44.	Casos según grados de satisfacción con respecto a la accesibilidad de las personas facilitadoras, Actividad 2.....	148
GRÁFICO 45.	Casos según grados de satisfacción con respecto al equilibrio de las personas facilitadoras ante intereses particulares, Actividad 2.....	149
GRÁFICO 46.	Casos según grados de satisfacción global de los 22 ítems, Actividad 2.....	150

### **Índice de Anexos**

ANEXO 1.	Escala SERVQUAL sobre expectativas aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae.....	212
ANEXO 2.	Escala SERVQUAL sobre percepciones aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae.....	214
ANEXO 3.	Guía de Entrevista Semiestructurada aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae.....	216
ANEXO 4.	Guía de Grupo Focal aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae.....	218
ANEXO 5.	Carta de presentación a usuarios del proyecto Bonus Vitae (para escala SERVQUAL).....	220
ANEXO 6.	Carta de presentación a usuarios del proyecto Bonus Vitae (para entrevista semi-estructurada).....	221
ANEXO 7.	Carta de presentación a miembros del proyecto Bonus Vitae.....	222
ANEXO 8.	Carta de presentación a personal sanitario involucrado en el proyecto Bonus Vitae.....	223
ANEXO 9.	Tablas de contenidos completas, según Ejes Temáticos de Bonus Vitae.....	224

## LISTA DE SIGLAS

CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social.
COLAM	Colegio de las Américas.
CONARE	Consejo Nacional de Rectores.
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud.
DSS	Determinantes Sociales de la Salud.
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
FINER	Factibilidad / Interés / Novedad / Ética / Relevancia.
ICAA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
ISSN	International Standard Serial Number / Número Internacional Normalizado.
MeSH	Medical Science Headings.
MINSA	Ministerio de Salud de Costa Rica.
OBS	Oficina de Bienestar y Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPAC	Online Public Access Catalog.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAO	Plan Anual Operativo.
PICO	Persona /Intervención / Comparación / Resultados.
SAIS	Sistema de Atención Integral en Salud.
SERVQUAL	Service Quality.
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud.
UCR	Universidad de Costa Rica.
UPS	Unidad de Promoción de la Salud.

# RESUMEN

## ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL PROYECTO BONUS VITAE DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.

*Verónica Cristina Gamboa Lizano*  
*Escuela de Salud Pública*

*Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud*  
*Director de Tesis: Mtro. Allan Abarca Rodríguez*

La presente investigación, Análisis de Satisfacción de la población usuaria del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica, surgió bajo la necesidad de conocer sobre el proceso de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios de Promoción de la Salud, dada la escasez de estudios al respecto es que se desea indagar más sobre el tema de forma exploratoria. Se estudió la satisfacción usuaria en relación a Bonus Vitae, el cual es un proyecto de la Universidad de Costa Rica que busca capacitar agentes replicadores (estudiantes universitarios de todas las áreas de conocimiento) para trabajar en temas de salud, tanto con funcionarios como con estudiantes. A partir del año 2014 dicho proyecto pasó a ser un programa, por lo que se consideró esta investigación como oportuna para conocer sobre la satisfacción respecto al servicio en este proceso de transición y re estructuración.

Para lo anterior, se trabajó con tres grupos los cuales fueron: usuarios directos, Gestores Estudiantiles en Salud y Profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud (UPS). Se realizaron encuestas usando la Escala SERVQUAL (con pequeños ajustes de esta investigadora según el contexto que se evaluó), así como grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Inicialmente, se describió la evolución de la Promoción de la Salud dentro de la Universidad de Costa Rica a través del tiempo; luego se procedió a describir los aspectos programáticos y acciones puntuales desarrolladas en el marco del proyecto Bonus Vitae; a continuación se estableció el criterio de satisfacción usuaria a través de cinco dimensiones (empatía, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y tangibilidad) y finalmente se identificaron las expectativas para la satisfacción usuaria desde la perspectiva de los tres grupos en estudio.

Se concluyó que la transición de proyecto a programa debe de estar explícitamente justificada en la planificación estratégica de la UPS, pues si bien el discurso de la Unidad de Promoción de la Salud es congruente con el cambio, no hay documentos que lo respalden. Se identificó que las acciones del proyecto Bonus Vitae se están centrando en el eje de acción de Promoción de la Salud denominado desarrollo de aptitudes personales, lo cual deja el reto de abordar la totalidad de los cinco ejes de acción de la disciplina. En el análisis de satisfacción a través de la Escala SERVQUAL, se encontró que el espacio de desarrollo de la actividad y la persona intermediaria con quien se coordina la actividad fueron factores cruciales que determinaron la satisfacción global de ambas actividades evaluadas. En la descripción de las expectativas se encontró que hay pocos puntos en que la visualización de las expectativas difiere entre los grupos de estudio, en general, los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud y los Gestores Estudiantiles en Salud tienen bien identificado el perfil de expectativas de los estudiantes (usuarios directos).

Finalmente, se desarrollan una serie de recomendaciones en aspectos como la planificación estratégica de Bonus Vitae, la transición vivida por Bonus Vitae, los ejes de trabajo de la Promoción de la Salud, el rol de participación de los Gestores Estudiantiles en Salud, la satisfacción usuaria, las evaluaciones sobre satisfacción realizadas por la Unidad de Promoción de la Salud, el rol de la persona intermediaria y finalmente sobre el modelo SERVQUAL.

**Palabras clave/Descriptores:** Satisfacción Usuaria, Promoción de la Salud, usuarios, profesionales en salud.

## APARTADO I

### JUSTIFICACIÓN

Actualmente se reconoce que la calidad de la atención a la salud es considerada como una preocupación a nivel global. Esto se ve reflejado en las acciones de múltiples instituciones responsables y educativas -quienes son formadoras de recursos humanos-, pues existe un factor común en el deseo de conseguir mejoras constantes y continuas en el servicio de atención (Domínguez y Manrique, 2011).

Lo anterior lo verifican múltiples estudios<sup>1</sup>, sin embargo, entre ellos destaca la preocupación manifiesta por el autor Rade (2006) al concluir en su estudio que en relación al proceso de atención en salud, es el usuario el principal objetivo en que se debe pensar y que se debe de satisfacer, ya que éste siempre espera poder confiar en su personal de salud así como en contar con un buen servicio. Para esto, es crucial definir una serie de metas razonables y objetivos en la atención y servicio al usuario, y así generar procesos para cumplir o exceder lo planteado.

Por último, el autor destaca que es fundamental perfilar la educación y la comprensión de las expectativas del usuario para que así se facilite el cumplimiento de los objetivos que a veces parecen inalcanzables para los centros de salud.

Por su parte, el estudio cualitativo de Riveros, Berné y Mugica (2010), comparó las percepciones con respecto a la satisfacción entre los usuarios y el personal de salud; en este se identificó la existencia de una brecha en la mayoría de elementos entre ambos grupos, mostrando al personal de salud con una posición más autocrítica con respecto a sus responsabilidades en la atención.

A nivel nacional, según el estudio de Abarca (2009), con respecto a las Contralorías de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, del total de oficinas de contraloría un 42% no posee a disposición de los usuarios información sobre derechos y deberes (lo cual corresponde a una de sus principales razones de ser); así también, el 36% de las oficinas de contraloría aseguró no haber realizado investigaciones sobre fallas internas de los servicios.

En el ámbito nacional, hay que apuntar que el país incursionó a partir del año 1997 y hasta la fecha como pionero a nivel regional en el tema de calidad, al crear el Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad; sin embargo, el programa se enmarca en un contexto de carácter clínico,

---

<sup>1</sup> Los cuales se detallan más adelante en el apartado cuatro sobre Estado del Arte.

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 (Urroz, 2013).

Pero, ¿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 a lo investigado, prácticamente es nulo el trabajo realizado desde las gerencias en el ámbito de servicios de salud que refieren a la promoción de la salud. Quizás ese descuido, al no evaluar la calidad del servicio desde quienes lo reciben se deba a un pensamiento dominante respecto a la promoción de la salud: se piensa que cualquier cosa que se haga en promoción de la salud ya de por sí es positivo, no importa qué tan bien se haga y cuáles sean sus resultados.

Ese pensamiento es negativo y retrógrado: los esfuerzos -políticas- que se realizan en promoción de la salud deben evaluarse en sus resultados y, particularmente, la calidad con la cuál son percibidos.

En promoción de la salud es fundamental no solo ejecutar acciones, sino el ejercer una gerencia que inserte acciones que potencien procesos sostenidos y renovados; para 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/o perciben estas acciones.

Estas evaluaciones son vitales ya que pueden generar recomendaciones de mejoras y adaptaciones para ser tomadas en cuenta por el nivel gerencial; y, posteriormente, ser implementado en el ámbito operativo del servicio de salud.

La Universidad de Costa Rica<sup>2</sup> (UCR) en el año 2005 inició con el Área de Promoción de la Salud (ahora Unidad de Promoción de la Salud), a partir de la cual se diseñan varias acciones en el ámbito de la Promoción de la Salud para la comunidad universitaria. Respecto a la eficiencia de las organizaciones, esta investigación se justifica ya que sus resultados revitalizarán la forma en que la Unidad de Promoción de la Salud de la UCR hace su trabajo.

Como se mencionó previamente, en la Promoción de la Salud existe una escasez en cuanto a la dimensión evaluativa. Lo anterior se presenta también en el escenario de la Unidad de Promoción de

---

<sup>2</sup> La Universidad de Costa Rica es una entidad autónoma de educación superior, creada en el año de 1940, la cual forma parte de la red de universidades públicas de Costa Rica.

la Salud aludida: la cual, dada la ausencia de acciones evaluativas, a partir del año 2014 incluyó en su plan quinquenal de trabajo un eje de acción para la evaluación de las acciones en promoción de la salud, lo cual presenta una oportunidad para el desarrollo de esta investigación.

Se considera que la *Unidad de Promoción de la Salud* es un escenario 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) por lo que es fundamental desarrollar un análisis según las necesidades y vacíos existentes en el tema de satisfacción de los usuarios.

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 al prestador de los servicios en promoción de la salud y a los usuarios de éstos. Así también, el estudio pretende conocer las diferencias y similitudes entre las perspectivas de usuarios y personal sanitario, para así identificar tanto los encuentros de percepciones en el ámbito de la satisfacción, como aquellos desencuentros o miradas distintas -de los prestadores y de los usuarios- sobre aquellos aspectos que afectan los resultados de la evaluación de satisfacción del usuario y el proceso de gestión de la calidad del servicio en su totalidad.

Este aporte es fundamental pues viene a dar respuesta a un vacío en la publicación de este tipo de experiencias en el escenario costarricense, el cual, aparte de tener pocos años de trayectoria en el tema de la promoción de la salud, no suele documentar formalmente las acciones que se realizan en este sentido.

Desde el punto de vista sustancial, cabe aclarar que como parte de la rectificación de la oferta de servicios, éstos se mejoran al conocer los criterios de las personas usuarias. Se sabe que en los últimos años se ha presentado una decadencia en los servicios de salud en Costa Rica -y que América Latina no escapa de este fenómeno- y, entre tanto, la visualización de la *calidad del servicio* ha perdido un posicionamiento notorio, lo cual agrava la calidad con la que se prestan los servicios.

Desde el punto de vista de los estudios internacionales -como se puede apreciar en el estado del arte y en el marco teórico conceptual de esta propuesta- los oferentes de los servicios (desde la administración) normalmente no tienen claro cuáles son elementos clave que generan una fidelidad

por parte de los consumidores para mantener el consumo, lo que, en promoción de la salud, es fundamental al apelar a la conciencia y cambios de conducta de las personas.

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.

El apartado 6 denominado *Evolución de la Promoción de la Salud en el escenario universitario a través del proyecto Bonus Vitae*, desarrolla el proceso de conformación del Proyecto Bonus Vitae, para lo cual se refiere a aspectos como el inicio del proyecto, la conformación del grupo de Gestores Estudiantiles en Salud, evolución organizacional del proyecto y, por último, se describen dos sesiones de capacitación realizadas por parte de los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud para los gestores estudiantiles.

El apartado 7 denominado *Descripción de los aspectos programáticos y acciones puntuales del proyecto Bonus Vitae*, desarrolla el encuadre programático de la UPS, los aspectos programáticos según los ejes de acción de la Promoción de la Salud, la programación y acciones específicas de Bonus Vitae, el marco referencial para la intervención desde Bonus Vitae, las temáticas y contenidos abordados desde Bonus Vitae, así como una descripción programáticas de las dos actividades evaluadas para efectos de esta investigación.

El apartado 8 denominado *Criterio del usuario de la Unidad de Promoción de la Salud (UCR) en las dimensiones de empatía, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y tangibilidad, con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae*, desarrolla los resultados sobre satisfacción de los estudiantes usuarios de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud, con respecto a dos actividades específicas realizadas (convivio sobre manejo de emociones y taller sobre manejo del tiempo). En ese capítulo se presentan tanto los resultados de cada actividad, así como un balance global de ambas actividades.

El apartado 9 denominado *Expectativas de los usuarios del proyecto Bonus Vitae*, presenta los resultados de entrevistas a 4 estudiantes que participaron en las actividades evaluadas, y que son

referenciadas en el capítulo tres, así como dos grupos focales, uno con los coordinadores del grupo Bonus Vitae de Gestores Estudiantiles en Salud y el otro, con los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud. Para describir el perfil de satisfacción, se presentan los resultados sobre descripción global sobre la expectativa de satisfacción; expectativas para: Comunicaciones Boca-Oído, Necesidades Personales, Experiencias Previas, Comunicaciones Externas, Elementos Tangibles, Confiabilidad, Responsabilidad, Capacidad de Respuesta, Empatía; la satisfacción de forma global y, por último, se presentan las reacciones de facilitadores (tanto gestores estudiantiles como profesionales) ante opiniones brindadas por los y las estudiantes entrevistadas a través de 7 frases extraídas de las entrevistas, denominadas como “reactivos”.

## APARTADO II

### MARCO CONTEXTUAL

En este apartado se presenta un recorrido por los aspectos más relevantes que contextualizarán al lector sobre el escenario en estudio, por lo que se comienza con una descripción general de la Oficina de Bienestar y Salud a través del tiempo, para luego especificar la descripción de la Unidad de Promoción de la Salud, con la cual se relaciona directamente el proyecto Bonus Vitae. A la vez, se considera de interés describir los servicios que brinda esta unidad y cómo se han llevado a cabo los procesos de evaluación de la calidad de dichos servicios a nivel de la UPS; por último, se procede a describir la normativa en Costa Rica en relación a la evaluación de calidad de los servicios de salud. Todo lo anterior es una antesala para comprender la contextualización que se desarrolla en el apartado 6 sobre la evolución del proyecto Bonus Vitae.

#### 2.1 Oficina de Bienestar y Salud.

El tema de salud siempre ha sido abordado de una u otra forma desde los primeros años de fundación de la Universidad de Costa Rica. Sin embargo, según Mathieu Madrigal (2012), fue con la política establecida oficialmente por el Consejo Universitario en el tema de salud,<sup>3</sup> donde se establece que un sistema de salud de la UCR debe responder a los fines, principios y funciones de ésta institución, para lo cual se dictó lo siguiente:

...legitimar un concepto de salud como construcción social que promueve el desarrollo de los seres humanos, con el propósito de crear una verdadera cultura de salud, favoreciendo con ello el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad universitaria. (Consejo Universitario, 1997; citado por Mathieu Madrigal, 2012)

Según Mathieu-Madrigal fue por lo anterior que en el año de 1999 la Universidad redefine las tareas en torno al tema de salud y conforma entonces la *Oficina de Bienestar y Salud*, la cual reunió a la previa *Oficina de Salud*, a la *Sección de Programas Deportivos y Recreativos* y, posteriormente en el año 2003, al *Departamento de Actividades Artísticas*.

La redefinición que se dio en el año 1999 posicionó a la *Oficina de Bienestar y Salud* (OBS) como ente rector con respecto a todo lo que se generara en la comunidad universitaria referente a la salud.

---

<sup>3</sup> Consejo Universitario. Sesión 4264, artículo 3 del 21 de mayo de 1997. UCR.

Posterior a su establecimiento oficial de la nueva oficina de salud, se le designó como responsable del diseño, dirección y evaluación de los proyectos para el desarrollo humano dirigidos a la población universitaria en su totalidad; dicha responsabilidad estableció una línea conductora del quehacer de la oficina centrada en la salud universitaria, entendiendo el término Salud como un todo: esto es, que incluía la Atención, la Prevención y la Promoción de la Salud (Mathieu-Madrigal, 2012).

Por otro lado con respecto a la naturaleza de la OBS, se le define como:

...una oficina administrativa de carácter técnico y de servicio. Le corresponde integrar, coordinar, ejecutar y evaluar los diferentes programas y proyectos que procuran el mejoramiento de la calidad de vida de la población universitaria, mediante la promoción, la prevención y los servicios de salud, así como las actividades culturales, artísticas, deportivas, recreativas y las relacionadas con la salud ocupacional y ambiental (Mathieu -Madrigal, 2012).

Así también, en el documento *Estructura y funcionamiento de la Oficina de Bienestar y Salud Normativos*, se establecen como funciones de la oficina el favorecer la vida y la salud de las personas, entre otros (véase tabla 1).

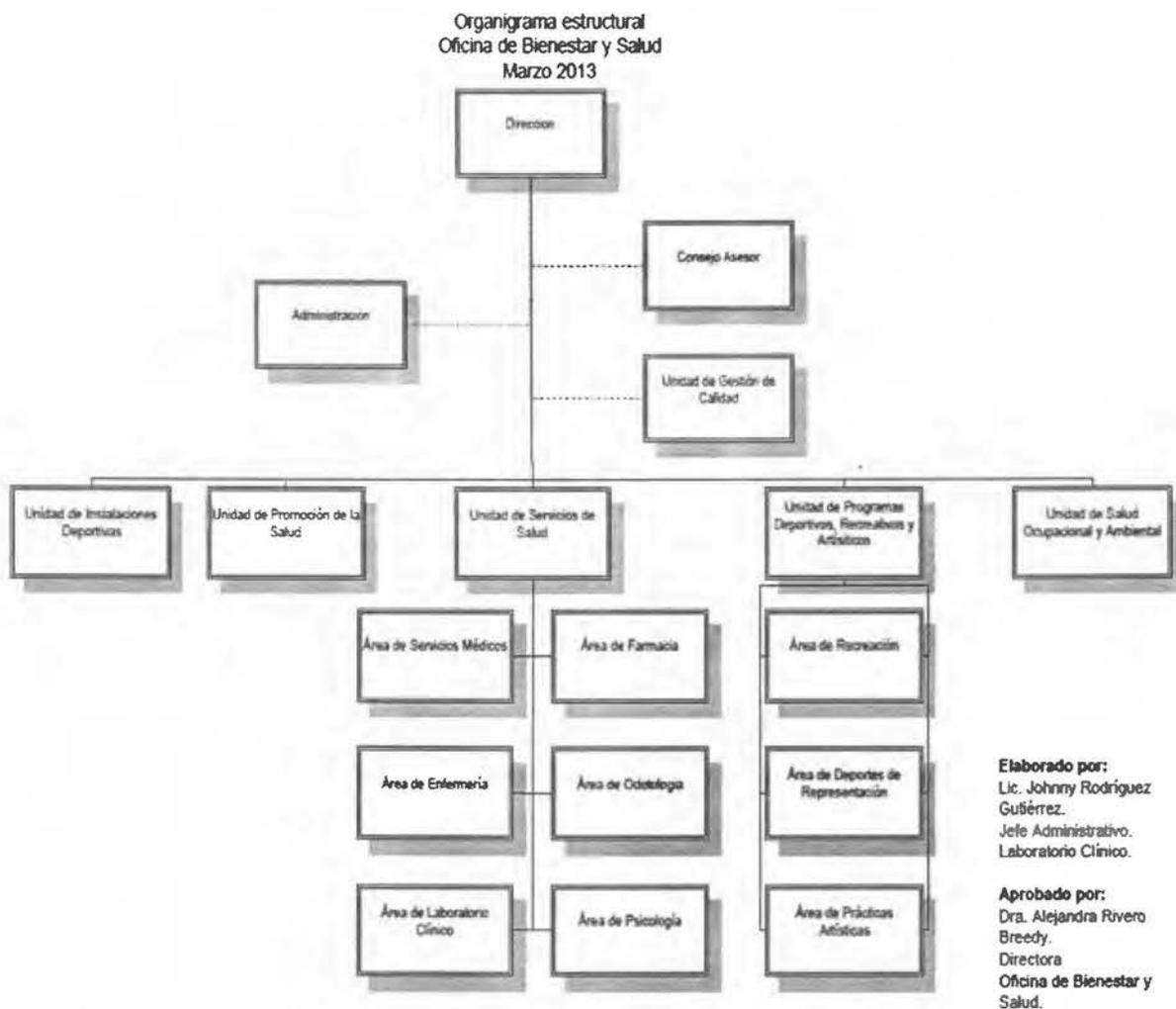
**TABLA 1. Funciones de la Oficina de Bienestar y Salud, 2012**

a.	Dirigir el Sistema de Atención Integral de Salud para la comunidad universitaria.
b.	Promover el crecimiento y desarrollo físico, social, intelectual y emocional de la población universitaria.
c.	Facilitar la apertura de espacios de reflexión-acción para el desarrollo integral del estudiantado.
d.	Proponer y ejecutar tanto los lineamientos generales de la promoción, prevención y atención en salud, como el desarrollo del deporte y las actividades artísticas y recreativas.
e.	Fomentar espacios de socialización y recreación, por medio de estrategias creativas que permitan la promoción del desarrollo integral de la población universitaria.
f.	Desarrollar mecanismos de proyección y convergencia, a través de una visión sistemática, que posibilite la articulación del deporte, la recreación, la cultura y la salud, para beneficio de la comunidad universitaria.
g.	Administrar las Instalaciones Deportivas de la Universidad de Costa Rica.
h.	Proteger y favorecer la vida y la salud de las personas que integran la comunidad universitaria, por medio de la optimización de las condiciones y de los lugares donde se desarrollan todas las actividades universitarias.
i.	Aportar información acerca de la atención integral de salud en la Institución, como fundamento de la toma de decisiones institucionales en este campo.
j.	Promover actividades de capacitación, actualización y formación del personal de la Oficina de Bienestar y Salud.

Fuente: Mathieu-Madrigal, 2012.

En el organigrama vigente de la Oficina de Bienestar y Salud es posible detectar los servicios propiamente dichos en la base de la estructura, estando la promoción de la salud ubicada en un nivel superior (véase Figura 1. facilitado por Shirley Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014).

**FIGURA 1. Organigrama estructural de la Oficina Bienestar y Salud, marzo 2013**



Fuente: Carmona, 8 de abril del 2014.

De la figura 1 se destaca que la Oficina de Bienestar y Salud está conformada por la Dirección, la cual cuenta con el apoyo de la Unidad Administrativa y del Consejo Técnico Asesor; así también, se divide en cinco unidades más, las cuales son: Unidad de Instalaciones Deportivas, Unidad de Promoción de la Salud, Unidad de Servicios de Salud, Unidad de Programas Deportivos, Recreativos

y Artísticos y Unidad de Salud Ocupacional y Ambiental. Cabe destacar que, para efectos de esta investigación, se hará énfasis en la Unidad de Promoción de la Salud, la cual dirige el proyecto Bonus Vitae.

## **2.2 Unidad de Promoción de la Salud.**

La *Unidad de Promoción de la Salud* (UPS) emerge dentro de la concepción de una Comisión de Salud, entre los años 2000 y 2001, después de lo cual comienza a fungir como área en el 2003, pero no fue hasta el año 2005 que se consolidó como unidad; iniciando con la representación de recursos humanos que incluían profesionales del campo de la enfermería, psicología, deportes, arte, nutrición, trabajo social y salud ambiental. Fue a partir del 2005 cuando el *Sistema de Atención Integral de Salud*<sup>4</sup>(SAIS) accedió a dar recursos para las acciones a realizar en ésta unidad, donde se utilizó la recreación y el arte como herramientas para el trabajo lúdico en temas de salud (Zúñiga, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

Al año 2012 se declaró formalmente como una unidad independiente de la Unidad de Promoción y Servicios de Salud, que a pesar de éste nombre, se constituía básicamente en la oficina prestadora de servicios clínicos y de atención sanitaria de primer nivel. Pasó a denominarse como *Oficina de Bienestar y Salud* de la Universidad de Costa Rica (Zúñiga, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

Así también, según el documento *Estructura y funcionamiento de la Oficina de Bienestar y Salud Normativos* (Mathieu-Madrigal, 2012), se establecen como objetivos específicos de la Unidad de Promoción de la Salud los siguientes:

- a. Contribuir desde el enfoque de promoción de la salud a la construcción de políticas de salud y de compromiso social acordes con las políticas generales de la institución contenida en el Estatuto Orgánico y otras políticas - como el SAIS - emanados de las autoridades universitarias.
- b. Gestionar intervenciones en promoción de la salud dirigidas a la población de estudiantes y funcionarios de la Universidad de Costa Rica.

---

<sup>4</sup> Mecanismo de trabajo desde el enfoque sistémico respaldado por políticas universitarias, que fomenta la ejecución de programas y proyectos para el abordaje de los componentes de la salud integral, mediante diferentes estrategias de promoción, prevención y servicios de salud.

- c. Facilitar la incorporación de conocimientos, actitudes y habilidades para que los universitarios puedan definir y alcanzar sus propias metas en materia de salud.
- d. Incorporar el deporte, la recreación y el arte como estrategias fundamentales e instrumentos socio-educativos al servicio del desarrollo integral de los miembros de la comunidad universitaria.
- e. Promover la participación social de la comunidad universitaria para que en un trabajo conjunto con los profesionales de la Oficina de Bienestar y Salud, apoyen cambios dirigidos a estilos de vida más saludables.
- f. Favorecer formas efectivas de divulgación que permitan un mayor conocimiento y apropiación por parte de la población universitaria de las implicaciones de esta nueva cultura en salud.
- g. Analizar la Situación Integral en Salud de la comunidad universitaria.
- h. Promover el desarrollo de la investigación y de programas académicos universitarios que contemplen una nueva cultura en salud integral.
- i. Facilitar el mecanismo de interconsulta en su campo de acción con los profesionales de las otras Unidades o Áreas (Citado por Mathieu-Madrigal, 2012).

Hasta el año 2014, en la Unidad de Protección de la Salud, predominaron con respecto a los ejes de acción: a) docencia e investigación, b) asesoría y colaboración, c) análisis de la situación en salud, d) gestión sociopolítica, e) actualización profesional y f) educación y promoción de la salud. Sin embargo, a pesar de contar con estos seis ejes de acción, las acciones ejecutadas se concentraban en el último eje, el de *educación y promoción de la salud*, agrupadas en los temas de: nutrición, actividad física y recreación, sexualidad integral, salud mental y farmacodependencia (Zúñiga, entrevista personal, 25 de febrero de 2014).

Cuando se hizo evidente el esfuerzo que se estaba realizando en el eje educativo y a la promoción de la salud, se realizan una serie de modificaciones en el plan quinquenal de trabajo 2014-2018, en el cual se redefinen las acciones en los cuatro ejes a continuación:

- a. Inclusión de promoción de la salud en la gestión política universitaria.
- b. Entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad.
- c. Docencia, investigación y actualización en promoción de la salud.
- d. Evaluación.

En el siguiente apartado se describen los servicios que se prestan a los usuarios circunscritos a los ejes mencionados.

### **2.3 Servicios de la Unidad de Promoción de la Salud.**

Según los ejes de acción mencionados anteriormente, el foco de prestación de servicios a la comunidad universitaria comprende los entornos universitarios que promueven la salud y la equidad, dentro del cual se llevan a cabo una serie de acciones que se ponen al servicio de las personas.

Los servicios que presta la Unidad de Promoción de la Salud se dividen en tres, según sea su público meta: estudiantes, funcionarios o población mixta. Para cada uno de estos grupos existe una oferta de actividades tanto masivas como en grupos pequeños y medianos, según la demanda, ya sea de un solo contacto como de varios contactos en distintos momentos espaciales o temporales (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

En el caso de los servicios ofrecidos a población mixta, existen dos grandes proyectos principales: el “Curso de preparación integral para el embarazo, parto y post parto” el cual a partir del año 2014 atendió y dio seguimiento a 50 familias, y el “Proyecto O” dirigido a personas con obesidad (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

Para la población de personas funcionarias de la universidad se lleva a cabo una actividad masiva sobre “Alimentación Saludable en Navidad”, también se tiene un proyecto llamado “Enlaces” el cual tiene funcionarios designados voluntariamente en cada dependencia, quienes funcionan como un vínculo entre su oficina y la Unidad de Promoción de la Salud para trabajar proyectos y actividades en temas como alimentación saludable y actividad física en los espacios laborales, talleres de finanzas, capacitaciones, micro-proyectos que surgen según necesidades identificadas, además de la existencia de proyectos de cardio-baile (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

Se organizó durante el año 2014 una actividad masiva la cual consistió en un “Stand Up Comedy” sobre el tema de sexualidad integral que se realizó en la *Semana Universitaria*<sup>5</sup>, cuyo público meta

---

<sup>5</sup> La Semana Universitaria es una actividad anual de carácter divulgativo que realiza la Universidad de Costa Rica, cada año, con el objetivo de dar a conocer a la sociedad costarricense parte de sus actividades de investigación, docencia y acción social. Además tiene como finalidad ofrecer una serie de actividades deportivas, sociales y culturales para la comunidad universitaria de la Institución, todo de acuerdo con los más altos valores del ser universitario (Consejo Universitario, 1993).

fue la población estudiantil, así como talleres para becados, talleres a estudiantes de Seminario de Realidad Nacional, trabajo con estudiantes de residencias sobre el tema global de convivencia saludable desde las prácticas, las cuales son actividades coordinadas con CONARE (Consejo Nacional de Rectores) que se llevan a cabo en todas las sedes de las universidades públicas en temas sobre sexualidad, fortalecimiento humano, liderazgo, salud bucodental, alimentación saludable con bajo costo, uso del tiempo efectivo y demás (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

Por último, la Unidad de Promoción de la Salud cuenta con un proyecto llamado “**Bonus Vitae**” el cual está conformado por estudiantes, quienes son capacitados por el personal sanitario como líderes en temas de salud con la consigna de constituirse en agentes replicadores de cambio; el propósito es que ellos reproduzcan los procesos de promoción de la salud y los lleven a un nivel más operativo de trabajo con la comunidad universitaria, teniendo la ventaja de representar a la vez al grupo de personas universitarias, con sus mismos intereses y necesidades (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

Éste es un grupo clave para la salud universitaria pues se puede considerar que fungen en calidad de estudiantes receptores de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud al ser continuamente capacitados, a la vez que llevan a cabo labores de personal sanitario operativo en actividades de promoción de la salud con las personas de la comunidad universitaria, por lo que tienen ambas perspectivas a la vez (estudiantes y personal sanitario) (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

Como parte del quehacer de los miembros de dicho proyecto, para el año 2014 se trabajó –como se mencionó previamente- con estudiantes de residencias estudiantiles, donde se llevaron a cabo dos actividades sobre temáticas de interés en convivencia saludable y prácticas de vida saludables. Estas actividades, que recibieron aproximadamente 100 personas en total, fueron escenarios clave para la elaboración de esta investigación, (Carmona, entrevista personal, 8 de abril del 2014).

#### **2.4 Evaluaciones en la Unidad de Promoción de la Salud.**

A través de los años, la Unidad de Promoción de la Salud ha buscado incluir acciones de evaluación dentro de sus actividades, pero no fue hasta este año 2014 que se formalizó la evaluación como un eje de acción global.

Sin embargo, esto no significa que previamente no se hayan realizado evaluaciones de la calidad de los servicios brindados. Generalmente, se han construido instrumentos para conocer la satisfacción (cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas), los cuales se centraron en la evaluación de la ejecución de las actividades, refiriéndose al producto recibido pero sin profundizar en el proceso previo y posterior a la intervención (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

Según Zúñiga (entrevista personal, 26 de marzo de 2014), estas evaluaciones generaban una gran cantidad de información que debía de ser procesada, la cual no necesariamente era la información necesaria para guiar cambios o mejoras en la planificación de las actividades. Dichos resultados aportaban más en la forma y la ejecución de las mismas, resultando así en grandes volúmenes de datos sobre las intervenciones puntuales, que si bien eran útiles, no permitían profundizar en las expectativas y percepciones, y no aportaban de fondo a la labor gerencial de la Unidad de Promoción de la Salud.

Es por esto que surge el eje de evaluación, el cual busca trascender la ejecución misma de la actividad, y conocer a fondo las perspectivas que giran en torno a la prestación de los servicios y, sobre todo, a la satisfacción del usuario. Como parte de este eje emergente de evaluación, la Unidad en Promoción de la Salud ha construido una tabla con variables e indicadores los cuales se han traducido en una serie de nuevos instrumentos que buscan evaluar de una forma más integral los procesos en un mayor nivel de complejidad y de profundidad, incluidos los indicadores de calidad de la prestación de los servicios y de la satisfacción de los usuarios (Zúñiga, entrevista personal, 26 de marzo de 2014).

## **2.5 Normativa nacional para la evaluación de la calidad.**

La legislación nacional en torno al tema de calidad de los servicios sanitarios es la *Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*<sup>6</sup> A partir de esta ley es que el Ministerio de Salud de Costa Rica (MINSAL) creó la Auditoría General de Servicios de Salud, la cual es el órgano de desconcentración máxima del ministerio y tiene como objetivo asegurar que se cumplan las disposiciones de la ley y que se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios sanitarios (Rodríguez, 2002).

A pesar de que legalmente la Auditoría de Servicios de Salud atiende ciertos problemas de satisfacción identificados desde las Contralorías de Servicios de Salud, le corresponde al Ministerio de Salud como

---

<sup>6</sup> Ley 8239, aprobada en el año 2002 en el gobierno presidido por Miguel Ángel Rodríguez Echeverría.

rector velar por la calidad de los servicios, lo cual se regula con el permiso de habilitación otorgado por el ministerio, sin el cual ningún servicio de atención sanitaria puede operar. Además, el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) asigna al ministro rector la responsabilidad de “autoevaluar la eficiencia, eficacia, economía y calidad de los resultados obtenidos por las instituciones en la ejecución de las estrategias y las políticas sectoriales”, por lo que posee un papel importante en cuanto a velar por la calidad.

Actualmente, el Ministerio de Salud cuenta con 25 decretos específicamente relacionados al proceso de habilitación de centros de salud, en los que se enfatiza dicho proceso para cada tipo de centro de atención sanitaria (Ministerio de Salud, 2015). Sin embargo, para efectos de esta investigación se rescatan dos de los decretos, donde se ahonda en el proceso de habilitación<sup>7</sup> para Centros de Atención Integral, así como Establecimientos Sede de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), dada su vinculación con el primer nivel de atención en salud y, por tanto, con la Promoción de la Salud como oferta en los servicios de salud. Cabe destacar que todos los decretos se basan en lo dispuesto en: Ley General de la Salud (Nº 5395 del 30 de octubre de 1973), Reglamento General para la Habilitación de Establecimientos de Salud y afines (Decreto Ejecutivo Nº 30571-S del 25 de junio del 2002, publicado en La Gaceta Nº 138 del 18 de julio del 2002) y otras disposiciones legales y reglamentarias vinculadas. En este sentido, se entiende que estas disposiciones, que regulan calidad para la habilitación de centros, podrían ser incluidas dentro de un concepto de calidad restringida, pues, en su mayoría, se limitan a infraestructura, recurso humano, y servicios asistenciales en salud.

En cuanto a la habilitación para los EBAIS (Ministerio de Salud, 2015), se contemplan los aspectos de recurso humano, planta física, recurso material y documentación, cada uno de los cuales se detalla en el decreto. Sobre la habilitación para Centros de Atención Integral, se toman en cuenta las alternativas de atención (diurna, nocturna y transitoria) y valora aspectos como administración, recursos humanos, estructura física, seguridad e higiene, promoción del desarrollo, atención en salud, nutrición, prevención y atención de la violencia y lavandería, cada uno de los cuales se detallan en cuatro tipos de estándares especificados (planta física, recurso material, documentación y gestión).

---

<sup>7</sup> Habilidadación: trámite de acatamiento obligatorio, realizado por el Estado, para autorizar el funcionamiento de los servicios de salud y afines, tanto públicos, privados o mixtos, por el cual se garantiza a los usuarios y las usuarias, que éstos cumplen con los requisitos mínimos estructurales, para dar la atención que explícitamente dicen ofrecer (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2015).

Por otro lado, la Auditoría General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, con sede en el despacho del Ministro de Salud en las oficinas centrales del Ministerio de Salud Pública (avenida 6 y 8, calle 16), se encarga de recibir todos aquellos casos que se elevan desde una Contraloría de Servicios y que no han obtenido una resolución positiva; así también, a esta dependencia se elevan aquellos casos de mala praxis realizadas por un profesional en salud en cualquier entidad prestadora de servicios sanitarios, ya sea de carácter público o privado (Navarro, 11 ago. 2015).

Según lo conversado con Roxana Navarro Vargas (11 ago. 2015), Sub Contralora de Servicios del Ministerio de Salud, los principales casos que llegan a manos de la Auditoría General de Servicios de Salud son referentes a problemas generados durante la consulta de especialistas o profesionales en ciencias de la salud, lo cual encuadra su quehacer en espacios de carácter clínico como lo son EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud), clínicas y hospitales; sin embargo, Navarro destaca que esto no implica que no puedan atenderse casos provenientes de otro tipo de escenarios como lo son, por ejemplo, los servicios de Promoción de la Salud. Por otro lado, se especifica que, en caso de que la instancia prestadora de servicios no cuente con una Contraloría de Servicios en el espacio físico, la persona usuaria puede, de todos modos, elevar su situación directamente a la Auditoría General de Servicios de Salud, donde un grupo de personas se harán cargo del caso.

Así también según la ley 8239 en Costa Rica deberán existir Contralorías de Servicios en cada centro de salud, hospital, público o privado, y cada clínica, pública o privada la cual se encarga de tutelar estos derechos y deberes, y de asesorar al usuario cuando éste considere que sus derechos fueron violentados, ante lo cual acude a la Contraloría de Servicios para plantear una inconformidad formal o pidiendo una intervención (también llamada gestión inmediata) (Caja Costarricense del Seguro Social, 2012a).

Entre sus funciones, las Contralorías de Servicios se caracterizan por tener la obligación de llevar un registro de las reacciones de las personas usuarias hacia los servicios, que permita medir el avance en el logro de los objetivos de mejoramiento continuo de la calidad (Rodríguez, 2002).

Estas Contralorías de Servicios son las que deben velar por la evaluación de la satisfacción del cliente, pues se considera fundamental no solo basarse en los reportes de inconformidades, sino conocer la satisfacción como un insumo para la labor gerencial de la Caja Costarricense del Seguro Social. Según

el estudio de Abarca (2009), con respecto a las Contralorías de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), del total de oficinas de contraloría un 42% no posee a disposición de los usuarios información sobre derechos y deberes (lo cual corresponde a una de sus principales razones de ser); así también, el 36% de las oficinas de contraloría aseguró no haber realizado investigaciones sobre fallas internas del servicio.

Así también en Costa Rica, según el informe emitido por la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud de la CCSS (2013) para el mes de marzo del 2013, se interpusieron 158 reportes de inconformidades con los servicios, y tan sólo 29 felicitaciones reportadas al personal de salud o centro; las causas de inconformidad más destacadas fueron sobre supuesto maltrato, acceso a citas o servicios, insuficiente o inadecuada información, tiempos de espera largos, desconfianza en el diagnóstico y desconfianza en el tratamiento; también se reportó que de las gestiones realizadas por la contraloría de servicios de salud, el 57% fueron sobre información- y el 17% fueron de consultas.

Hay que señalar que todas las instituciones públicas deben tener contralorías de servicio, sin embargo, la Universidad de Costa Rica no tiene una dependencia de esa naturaleza a nivel de la Oficina de Bienestar y Salud, lo cual incluye a la Unidad de Promoción de Salud.

### APARTADO III

#### ESTADO DEL ARTE

Un estado del arte es fundamental por tres razones: especifica la presencia o ausencia de investigaciones de orientación similar a la pretendida, genera experiencias o procedimientos que pueden enriquecer la estrategia investigativa y, además, contribuye con una base conceptual.

En primera instancia se decidió realizar una búsqueda automatizada por medio de motores de búsqueda reconocidos académicamente. Como primer paso, se elaboró una lista de descriptores, los cuales fueron filtrados en el Medical Subjects Headings (*MeSH*) y en la página de los Descriptores en Ciencias de la Salud (*DeCS*). Según este primer tamiz, algunos descriptores que se consideran fundamentales para la búsqueda fueron: calidad de la atención en salud (*quality of healthcare*), promoción de la salud (*health promotion*), gestión de la calidad total (*total quality management*), indicadores de calidad (*quality indicators*), atención en salud (*healthcare*), salud (*health*), calidad (*quality*), entre otros; en esta búsqueda se contemplaron solamente artículos académicos, cuya revista contara con su respectivo Número Internacional Normalizado (ISSN *International Standard Serial Number*). También, se tomaron en cuenta estudios tanto de tipo cuantitativo como cualitativo.

Para la sistematización de los resultados se utilizó una matriz -diseñada en el programa informático excel-. En esta, se registraron todos los datos relevantes de cada búsqueda, tanto su descripción como los datos de cada artículo según nombre, autor, año, revista, volumen, páginas; así como su condición de seleccionado o excluido. Para la selección de los artículos se realizó una revisión del título -el cual era, en repetidas ocasiones, el primer factor para las exclusiones- así como el resumen, lo cual llevó a un total de 18 artículos seleccionados.

Se excluyeron los estudios que fueran meramente clínicos o que centraran su abordaje en atención de condiciones crónicas y hospitalización y se tomaron en cuenta para la construcción del estado del arte las publicaciones de los últimos quince años.

También, se revisaron documentos y noticias en la página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se introdujo el descriptor *calidad de la atención en salud* y se procedió a realizar la búsqueda manual. Se encontraron sobre todo recursos de carácter regional y nacional, que se consideran de importancia dentro de la

contextualización del tema, los cuales se desarrollan a lo largo de los apartados de antecedentes y de justificación. Posteriormente, se utilizó el motor de búsqueda de la OPAC (*Online Public Access Catalog* del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información) donde se recuperaron tanto libros como trabajos finales de graduación en temas afines. También se revisaron libros en línea (*Google books*) los cuales se buscaron de forma manual bajo las palabras calidad y salud (excluyendo los que se centraban en calidad de vida).

Luego de esta primera búsqueda, al mismo tiempo sistemática y manual, surge la necesidad de trabajar los descriptores según la pregunta de investigación y de delimitar cada uno de los macro-descriptores con que se contaba. Gracias a ello, se realiza un segundo proceso de búsquedas sistemáticas incluyendo los descriptores: relaciones profesional-paciente, satisfacción del consumidor (referente al usuario del servicio, paciente o cliente del servicio) y servicio de salud.

Posteriormente se realizó una nueva búsqueda tanto manual como sistemática, con los motores de búsqueda de EBSCO y Science Direct, así como consultando libros del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica; también se revisó la base de datos de trabajos finales de graduación.

Es así que finalmente surgen 113 artículos en la primera búsqueda, los cuales fueron filtrados tomando en cuenta criterios como título, resumen, palabras clave y tipo de publicación. A raíz de estas búsquedas se cuenta con una nueva gama de 26 nuevos documentos específicos del tema, obtenidos a través de la combinación de todos o algunos de los descriptores mencionados en la pregunta replanteada de investigación (con ayuda de la herramienta PICO, la cual se detalla en el apartado de elementos metodológicos centrales), buscándolos en título, resumen o palabras clave.

### **3.1 Sobre la calidad en la atención sanitaria.**

Diversos estudios realizados a nivel mundial han brindado múltiples enfoques y matices en el tema de calidad, así como su evaluación en el área de la atención sanitaria como tal. La evaluación de la calidad se ha desarrollado a través de una amplia gama de criterios, en su mayoría de carácter clínico, situándolo en instancias sanitarias de primer, segundo y tercer nivel asistencial.

En Francia, Vanmeerbeek (2009) habla de cómo en el campo de la medicina general existe una resistencia a la evaluación, por lo que una cultura evaluativa de la calidad debería de ser inculcada

desde los procesos de formación profesional para que los procesos de medición de calidad sean mejor vistos y aceptados en el sector sanitario. Por otra parte, en Alemania, los investigadores Nickel, Trojan, y Kofahl (2012) llevaron a cabo un estudio exploratorio para conocer las opiniones de médicos con experiencia en gestión de la calidad, sobre cómo los pacientes miembros de “grupos de apoyo/autoayuda” (los cuales tuvieron un auge en el país en los años anteriores al estudio) inciden en la calidad de la atención sanitaria; en este sentido los autores destacan la forma en que estos grupos son socios valiosos de la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria y, como se observa en algunos escenarios, presentan una anuencia de obtener realimentaciones e interacciones con los grupos de usuarios.

En Vietnam, la Estrategia Nacional para la Atención de la Salud Reproductiva (2001-2010) se enfocó en la calidad de los servicios de salud reproductiva. Según Ngo y Hill (2011), las mujeres participantes del estudio percibían baja calidad en los servicios y, por lo tanto, insatisfacción, por lo que, muchas de ellas, informaron el cambio de su atención sanitaria a centros privados. La voluntad para pagar las cuotas aumentó con el fin de obtener la tecnología mejorada, mejor equipo, un mayor nivel de especialización, y la prescripción de medicamentos más flexibles; lo anterior se relaciona con el hallazgo de servicios a nivel comunal desinteresados en conocer a sus pacientes, lo cual generaba una pérdida de la confianza de las pacientes, así como desinterés hacia sus expectativas.

En España, los autores Gorina, Limonero, Peñart, Jiménez y Gassó (2013) llevaron a cabo un estudio transversal para valorar el grado de satisfacción con respecto al servicio recibido, el cual se ejecutó con un grupo de pacientes que recibían atención domiciliaria y que pertenecían a servicios de salud, ya fueran bajo el Modelo Integrado (MI) como bajo el Modelo Dispensarizado (MD); ambos modelos están formados por equipos interdisciplinarios (usualmente conformados por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social).

La principal diferencia entre esos modelos radica básicamente en las horas que dedican dichos equipos a la atención domiciliaria (el equipo del MI dispone habitualmente de una hora diaria y el equipo del MD dedica la totalidad de su práctica asistencial a dicha actividad); el grado de satisfacción del estudio fue superior en el grupo MD que en el MI, los usuarios del grupo MD valoraron de forma más positiva aspectos como la confianza y la tranquilidad que les aportaba saber que podían contar con el equipo si lo ameritaban, además de la amabilidad y el trato dispensado, incluso manifestaron que no había

nada que mejorar del servicio; por otro lado, los usuarios del MI expresaron que debería mejorar en mayor medida la continuidad de la atención domiciliar y no hicieron referencia a los aspectos de profesionalismo ni aspectos organizativos como tales del servicio de salud (Gorina, Limonero, Peñart, Jiménez y Gassó, 2013).

También, en España, los autores Murillo y Saurina (2013) realizaron un estudio transversal con la aplicación de un cuestionario en el Servicio de Salud de Cataluña, específicamente en atención primaria, atención especializada ambulatoria y en urgencias hospitalarias, tanto para medir la satisfacción de los usuarios como para evaluar la importancia otorgada a los aspectos que se evaluaron. Entre los principales resultados en cuanto a atención primaria se encontró que los elementos evaluados de forma general como importantes se han manejado de buena manera cuando de resolución de las necesidades emergentes se trata; en cuanto a la atención ambulatoria se evidencia que solo hay un elemento que se aleja de la satisfacción y la importancia, el cual es la facilidad de tener una cita de servicio externo; por último, en relación al servicio de urgencias hospitalarias se destacó como único punto de mejora lo relacionado al confort y la limpieza de las instalaciones.

En el caso de los Estados Unidos, surge una legislación sobre medidas estandarizadas (*Children's Health Insurance Program Reauthorization Act*) para conocer sobre las disparidades en la calidad de la atención a la salud de la niñez según raza, etnicidad, estado socioeconómico y necesidades especiales el cual se puso a disposición de todos los estados para su adopción; Mangione-Smith, Schiff y Dougherty (2011) desarrollaron una investigación para generar uniformidad en las medidas de la calidad de atención en salud para la niñez en los servicios de *Medicaid* y del Programa de Aseguramiento de la Salud Infantil (*Children's Health Insurance Program*) tomando en cuenta aspectos como la duración de la matrícula y su cobertura en el sistema de atención, servicios de prevención y promoción de la salud, las experiencias de las familias, entre otros.

En el tema de niñez y adolescencia, en Colombia, los autores Bautista-Otero y Ubaque-García (2012) evaluaron el componente de calidad de los programas de atención en salud para la niñez y adolescencia establecidos por los gobiernos locales; para dicha evaluación se revisaron los informes de la superintendencia de salud desde dos aspectos: la gestión en calidad y los programas de atención a la infancia en el contexto de los gobiernos locales y departamentales. En este sentido, se encontró que no existe una gestión de la calidad para programas específicos sino algunas acciones aisladas de

inspección, vigilancia y control del sistema en una forma general, por lo tanto, no se impulsa ni verifica que se ejecuten acciones de mejoramiento y garantía de la calidad en la atención de la salud prestada.

En Argentina los autores Fariña, Rodríguez y Erpen (2012) estudiaron el *Programa de Capacitación en Terreno*, una estrategia para la mejora de la calidad de la atención; la capacitación en terreno es una modalidad de capacitación en la que el “experto” participa y tanto su experiencia como su conocimiento se adaptan al nuevo escenario en el que la capacitación se realiza. Se concibe como una estrategia de capacitación “cara a cara” donde se elabora un diagnóstico de la situación y propone como solucionar los problemas detectados; se encontró que el programa permitió optimizar la calidad de la atención a través de cambios tanto cuantitativos (incorporación de recursos humanos, insumos y equipo) como cualitativos (cambios en la actitud, incorporación de nuevos hábitos de trabajo, cambios en los planteamientos frente a los pacientes).

En México, los autores Granados-Cosme, Tetelboin-Henrion, Torres-Cruz, Pineda-Pérez y Villa-Contreras (2011) buscaron caracterizar el papel que desempeñan los gestores de calidad en las unidades de atención médica y jurisdicciones sanitarias; en este caso se evaluó el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), donde se concluyó que a pesar de lo reciente del sistema, su éxito radicó en el uso de gestores de calidad, quienes actuaron como vínculos entre las líneas estratégicas del programa, las funciones y actividades llevadas a cabo; se concluye que el modelo de gestión como tal debe reforzar su estructura para que este tipo de realimentaciones formen parte de un ciclo sostenible en aras de la mejora continua.

Por otra parte, los autores Bautista-Otero y Ubaque-García (2012) destacan algunos estudios relacionados con la calidad de los servicios de atención en salud, entre los cuales se menciona el caso de Argentina con una evaluación de la calidad del sistema de registro y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la infancia, el caso de México con la detección y análisis de los factores inhibidores de la calidad en los servicios de salud, el caso de España con el cuidado de adolescentes en hospitales y otros ejemplos relacionados a la satisfacción del paciente como indicador de calidad.

A nivel de Centroamérica, el Ministerio de Salud de Panamá es un ejemplo valioso al crear un Observatorio de la Calidad de la Atención de Salud, el cual nació como un espacio para la información

y facilitación de insumos sobre la calidad de esta atención; su función es compilar, analizar y difundir información que genere conocimiento necesario para desarrollar e implementar políticas y estrategias destinadas a mejorar la prestación de servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social creó en 1998 el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad en el Sector Salud y, posteriormente, en 1999 emergió el Consejo de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud conformado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica. En el año del 2005 se constituyó el Programa Nacional de Promoción de la Seguridad del Paciente, lo cual posicionó a Costa Rica a la vanguardia en América y el mundo en lo que respecta a estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención en salud, a pesar de que se reduce a acciones de carácter clínico de segundo y tercer nivel de atención (Caja Costarricense del Seguro Social, 2007).

Con respecto a lo anterior, cabe reflexionar sobre la diferencia a nivel práctico entre el concepto de calidad y de eficiencia o productividad del servicio, pues da la impresión de que lo regulado a través del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad da peso a lo relacionado a los recursos, más allá que al concepto de calidad en su totalidad y complejidad, el cual si bien contempla la eficiencia, no se reduce solamente a ello. Los aspectos cualitativos del servicio y de la experiencia de la persona usuaria deben de poder identificarse, estudiarse, pero sobre todo mejorarse, como parte fundamental de un programa de mejoramiento de calidad de un servicio sanitario.

En la Universidad de Costa Rica destacan también varios trabajos finales de graduación que se han centrado en el tema de calidad en la atención. Los autores Boza, Coronado y Fernández (2002), plantean el trabajo *Diseño de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad del Servicio e Información Integral en la Unidad de Promoción y Servicios de Salud de la Universidad de Costa Rica*, en el cual se analizó, por ejemplo, el hecho de que la unidad no posee un sistema de aseguramiento de la calidad, por lo que no se realizan mediciones para obtener los indicadores de desempeño de los colaboradores de esta organización; es por esto que los autores desarrollan un sistema con el fin de conocer los requerimientos y necesidades del cliente, desde el enfoque de la Ingeniería Industrial.

Así también, desde la disciplina de la Enfermería se planteó un Programa de Educación Continua para asistentes técnicos de atención primaria en salud; el programa buscó el mejoramiento de la calidad del servicio para lo cual se realizó: un diagnóstico de necesidades educativas, el diseño de un programa orientado a la aplicación de estrategias que promuevan un cambio en la población, la ejecución del mismo y, finalmente, una evaluación de la adquisición y aplicación de conocimientos y estrategias facilitadas (Guerrero y Morales, 2007). Según las autoras, la promoción de la salud en el marco de la calidad debe estar orientada a fortalecer los factores protectores tanto individuales como colectivos, además de incluir todas las acciones educativas que proveen información a los núcleos familiares, esto con el fin de propiciar cambios de conducta y comportamiento de las personas.

Específicamente en el campo de Salud Pública, se destacan dos trabajos finales de graduación que estudiaron la calidad en servicios de salud. Primero, los autores Madrigal, Prado y Bonilla (1998) realizaron una evaluación de la calidad de la atención de los EBASIS en la región Brunca, concluyendo que la situación de los recursos humanos es de especial atención, pues en la mayoría de áreas en la región no había la cantidad mínima de personal en salud necesario para operar con calidad; también, encontraron que un alto porcentaje de usuarios se mostraban satisfechos, si bien no se cumplió con las normas de atención, pues pocos manifestaron quejas sobre el servicio recibido; se consideró que en las únicas dos áreas de salud donde se presentó insatisfacción, la misma pudo estar asociada a la escasez de personal sanitario, siendo también el tiempo de espera un elemento que generó algún nivel de insatisfacción.

Finalmente, una conclusión importante fue que a pesar de que un alto porcentaje de usuarios se mostraban satisfechos, al darles la oportunidad de quejarse, se queja también un alto porcentaje, lo que pone en duda la satisfacción en términos reales. En resumen, se rescata que “la calidad no es algo que se pueda dar como resultado de un solo factor, sino que hay múltiples elementos que se deben tomar en cuenta para su evaluación” (Madrigal, Prado y Bonilla; 1998).

Por otro lado, Fernández, Torres y Elizondo (1997) estudiaron la calidad de la atención en la Clínica del cantón de Buenos Aires, a través de un estudio de caso concluyendo principalmente que las normas técnicas institucionales no se estaban cumpliendo, lo cual está relacionado al hecho de que no existía una adecuada inducción para el personal en salud sobre normas de atención integral; también se encontró una insuficiencia en los recursos humanos existentes en ese entonces, sin embargo, entre el equipo de profesionales, se identificaron excelentes relaciones interpersonales idóneas para crear un

clima laboral adecuado y una mejor disposición para la posible integración del equipo en procesos de mejoramiento continuo de la calidad . A pesar de lo anterior, los usuarios se manifestaron inconformes con la calidad del servicio que se brindaban en general por parte de la clínica (quejándose incluso de malos tratos por el personal de salud). insatisfacción que también era visualizada por el equipo de salud.

### **3.2 Sobre la satisfacción del usuario.**

Uno de los componentes de la gestión de calidad en salud que se evidencia a través de muchos de los antecedentes previos, es la satisfacción usuaria en el escenario del servicio de salud. Existen una serie de estudios que han investigado a fondo el papel que desempeña la satisfacción de la persona usuaria en el marco de un servicio de salud con calidad, desde diferentes posiciones y enfoques, por lo que se considera relevante detallarlos a continuación.

En Bangladesh, los autores Mendoza, Piechulek y Al-Sabir (2001) realizaron un estudio para evaluar las expectativas del usuario, el grado de satisfacción de los clientes y la calidad de la asistencia sanitaria dispensada en zonas rurales del país; entre los principales hallazgos del estudio se encontró que el principal factor determinante de la satisfacción del cliente (en el caso de los servicios gubernamentales) era el comportamiento del proveedor, destacando el respeto y la cortesía, lo cual incluso era más importante para los usuarios que la misma capacidad técnica del personal de salud. También se encontró que para los usuarios resultaba más importante que el proveedor del servicio de salud mejorara los tiempos de espera antes de que ampliara el tiempo de consulta.

En Estados Unidos, los autores Martin, Petr y Kapp (2003) realizaron un estudio en todo el estado de Kansas para conocer la satisfacción del usuario de servicios de salud mental, para lo cual encuestaron tanto a padres como a niños y niñas que recibían tratamiento o atención en salud mental, a lo cual se encontraron altos niveles de satisfacción (87,2%) mencionando el compromiso e involucramiento en el tratamiento recibido. La satisfacción de los padres y madres se inclinaba hacia variables como la ubicación del servicio de salud, el tiempo de espera, el tiempo entre una cita y otra, mientras que la insatisfacción se dio en torno al cambio constante de personal de salud en los centros, y el tiempo de respuesta de la ayuda durante una crisis; cabe destacar que la mayoría de los encuestados mencionaron haber recibido orientación verbal y escrita sobre los servicios de salud, así como recibir información sobre sus derechos.

También en Estados Unidos, el autor Rade (2006) realizó una revisión sobre el concepto de servicio al consumidor y su relación con la práctica médica, para lo cual realizó una búsqueda sistemática de artículos desde el año 1976 hasta el año 2005; a través de su estudio, el autor concluyó que existe una falta de objetivos que vinculen realmente los objetivos del servicio al consumidor con la satisfacción de los pacientes y la calidad de la atención brindada, mostrando así una clara desvinculación entre la planificación estratégica y la ejecución de los servicios con las necesidades y expectativas de sus usuarios.

En Ghana, Nketiah-Amponsah y Hiemenz (2009) estudiaron la satisfacción asociada a la elección del proveedor de servicios de salud, confirmando que en el caso de Ghana, los proveedores de servicios de salud de carácter privado tienen niveles más altos de satisfacción por parte de sus usuarios; para esto, los investigadores usaron una muestra de madres e hijos que hubiesen asistido al servicios de salud, encontrando que el género del niño, la edad de la madre y su nivel educativo, distancia de traslado y tiempo de espera, entre otros, consistieron en variables significativas para la satisfacción.

En el caso de Chile, las autoras Oliva e Hidalgo (2004) realizaron una evaluación de la satisfacción usuaria de los consultantes a un programa experimental de Salud Familiar dirigido a familias en riesgo biopsicosocial a través de los servicios de atención primaria; como resultado, según los análisis estadísticos, los usuarios del programa evaluaron significativamente mejor la atención recibida que los usuarios de programas tradicionales, pues este programa, basado en un modelo biopsicosocial de atención genera mayor satisfacción en los usuarios que los programas tradicionales basados en un modelo exclusivamente biomédico, dado su abordaje más integral y holístico hacia las personas.

En Brasil, Campozaña *et al.* (2005) realizaron un estudio para analizar la satisfacción con la consulta externa y la atención en la hospitalización con base a los resultados de la Encuesta de la Organización Mundial de la Salud, llevada a cabo en Brasil en 2003; se encontró que en la atención ambulatoria el tiempo de espera mostró el grado más bajo de satisfacción, mientras que en la hospitalización, la libertad de elegir al médico fue el peor aspecto evaluado; por otro lado se mostró que era común en las personas haber sufrido algún tipo de discriminación, ya fuese por sexo, edad, pobreza, clase social, color de piel, o incluso por tipo de la enfermedad.

En Perú, los autores Seclén-Palacín y Darras (2005) investigaron los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados a la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, encontrando que la satisfacción fue 6 puntos porcentuales más alta en los centros de salud en comparación con el escenario hospitalario; también se encontró que factores como la edad, la educación, la distancia a la instalación física y el tiempo de espera están directamente relacionados con la satisfacción del usuario; por último, los autores discuten que existen factores sociodemográficos, económicos y de accesibilidad para la atención, que muestran relación con la satisfacción del usuario, éstos factores se comportan de manera particular según el tipo de establecimiento de salud pues la población usuaria es distinta en ambos escenarios.

En Colombia, los autores Losada y Rodríguez (2007) realizaron un estudio para examinar diferentes investigaciones tanto teóricas como empíricas sobre la calidad del servicio y su medición en los ámbitos local y mundial en el sector de la salud, reportadas en publicaciones especializadas desde inicios de los años noventa; entre los principales hallazgos se encontró que existe una falta de consenso con respecto a la definición y determinación de las dimensiones que constituyen la calidad de los servicios de salud, las cuales son necesarias para desarrollar instrumentos de medida fiables que permitan brindar mejor calidad a los usuarios; sin embargo rescata el hecho de que SERVQUAL<sup>8</sup> es el instrumento de mayor utilización en el mundo con estos propósitos.

Por su parte, en Chile los autores Riveros, Berné y Múgica (2010) realizaron un estudio para evaluar las percepciones de los proveedores de salud y los clientes acerca de la gestión y satisfacción con los servicios prestados; los autores mencionan que tanto los clientes como los proveedores de atención de la salud pueden tener percepciones contrastantes sobre la calidad del servicio, pues en el caso de los proveedores las percepciones son en su mayoría dedicadas al diseño y prestación de los servicios, mientras que los de los clientes se centran en la atención que recibió, la experiencia que implicó y demás.

---

<sup>8</sup> Esto se explica en detalle en el apartado de Marco Teórico, así como en el de Estrategia Metodológica, donde se describe su aplicación para efectos de esta investigación.

Cabe destacar que a nivel nacional la mayoría de estudios publicados en el tema de satisfacción del usuario en salud se han centrado en escenarios clínicos, ya sea de primer nivel de atención en salud, pero con un mayor peso en los servicios más especializados de segundo y tercer nivel asistencial.

En Alajuelita, el autor Llorca (2004) realizó un estudio sobre las expectativas sobre la calidad del servicio de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social; entre los principales hallazgos se encontró que el mejorar los tiempos en la atención es uno de los principales retos que tiene la institución prestadora, así como mejorar la práctica de citar a cuatro o cinco pacientes a la misma hora, pues la indisposición de las personas podría ser natural en esas circunstancias al esperar por largos periodos de tiempo; finalmente, se concluye que no se considera necesario hacer grandes inversiones en tecnología o sistemas sofisticados para mejorar el servicio que se presta hoy en día, sino en tomar decisiones a nivel gerencial y reformar aspectos de la atención.

En el año 2009, Abarca realizó un estudio que comprendió un periodo de aproximadamente un año, para evaluar las contralorías de servicios del sistema de salud costarricense. En él, encontró que, en al menos 12 áreas de salud y cuatro hospitales regionales, se presenta de forma reincidente una debilidad que afecta la ejecución de las funciones de las contralorías, por la falta de independencia de las jerarquías, limitación de equipo para el trabajo, falta de personal de apoyo, reducida capacitación y un constante recargo de funciones además de la ausencia de una Contraloría de Servicios como tal; finalmente, se concluye que más de la mitad de las contralorías estudiadas se reducen a recibir quejas, teniendo una función que el autor califica de “baja intensidad”.

Moraga y González (2011), realizaron un estudio sobre la satisfacción de los usuarios que hacían uso de los exámenes urgentes de laboratorio en la región Huetar Atlántica, ya que en esta zona el tema ha sido poco documentado. En este estudio se tomaron en cuenta las dimensiones de respuesta, accesibilidad, cortesía, confort, comunicación y profesionalismo; dentro de los hallazgos, se destaca la insatisfacción con respecto al tiempo de respuesta del laboratorio clínico, especialmente la espera de los pacientes entre el lapso de la muestra y la recepción del resultado; por último, los autores discuten que con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes se debe reforzar el recurso humano, automatizar las pruebas y adquirir equipos de mayor capacidad de procesamiento lo cual resulta en una mayor agilidad en el análisis y entrega de resultados.

Así también, Lizano (2012) realizó un estudio sobre las percepciones del usuario en el hospital Maximiliano Peralta de Cartago; en este estudio, se encontró que el servicio que recibe el usuario es el resultado de una serie de servicios interrelacionados, donde no sólo las evidencias físicas son evaluadas por los usuarios, sino que además contemplan la intangibilidad de los servicios; así también, se concluyó que la percepción del servicio es buena, basándose en las dimensiones: tangibilidad, seguridad, fiabilidad, responsabilidad y empatía.

La Caja Costarricense del Seguro Social (2012b) anunció en noviembre del 2012 que a finales de ese mes se realizaría la primera encuesta que indagaría la satisfacción que tiene la población asegurada de los servicios que recibe en la consulta externa y en hospitalización, esta se aplicaría a aproximadamente 19 mil personal alrededor del país, y estaría basada en la escala estadounidense SERVQUAL, creada en 1988 y usada por primera vez en la Caja Costarricense del Seguro Social en esta ocasión.<sup>9</sup>

En términos metodológicos los estudios abordados sobre evaluaciones de satisfacción a las personas usuarias recurren al enfoque de investigación cuantitativa a través de instrumentos como las escalas; en una menor cantidad, se han publicado estudios con un enfoque de investigación cualitativa, a través de entrevistas a profundidad mayormente.

Cabe destacar que como se observa a través del presente apartado, pocos estudios han centrado su interés en contrastar la perspectiva de los usuarios con el personal de salud, por otro lado, existe una predominancia en estudiar la satisfacción en el segundo y tercer nivel de atención en salud, los cuales son más especializados en tratamientos y rehabilitación a los pacientes.

Es importante nutrirse de todas estas experiencias internacionales pues, en el caso de este estudio, se está recurriendo al método de investigación mixta como se amplía más adelante. Los estudios anteriores alimentan la noción desde la Promoción de la Salud en elementos referentes al comportamiento del proveedor (respeto y cortesía), tiempo de espera, factores de accesibilidad, experiencia del usuario durante la prestación del servicio y expectativas pre-existentes en la persona

---

<sup>9</sup> Cabe destacar que esta investigadora intentó contactar en varias ocasiones a las personas responsables de este estudio, dado el gran interés en los aspectos específicos a la validación que se realizó de la Escala SERVQUAL. Sin embargo, no se pudo acceder a éste ni otros detalles sobre el estudio en vistas de que aún está en proceso de publicación, por lo que para efectos de esta investigación no se profundiza en este antecedente.

usuaria, para ser aplicables en estudios de calidad de servicio. Entre los autores que destacan los elementos mencionados, son más rescatables en relación a esta investigación: Mendoza, Piechulek y Al-Sabir (2001), Seclén-Palacin y Darras (2005), Riveros, Berné y Múgica (2010). así también el autor Lizano (2012) quién a pesar de desarrollar su estudio en un escenario hospitalario de la provincia de Cartago, basó su investigación en las dimensiones de tangibilidad, seguridad, fiabilidad, responsabilidad y empatía, las cuales responden al modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry.

Existe un énfasis evidente de análisis de los servicios de salud que no corresponden propiamente a la promoción de la salud, lo cual es un vacío importante que esta investigación pretende solventar. Así también, a pesar de que existen estudios en el tema de calidad de los servicios de salud, si bien mencionan la satisfacción de los usuarios, no existen estudios específicos en satisfacción respecto a la Promoción de la Salud.

## APARTADO IV

### MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

En esta investigación hay dos categorías técnicas centrales los cuales son la promoción de la salud y la calidad con énfasis en la satisfacción del usuario, en forma complementaria están presentes elementos que se consideran relevantes tal como el modelo bajo el cual se desarrolla la investigación. Cada uno de éstos se explica y desagrega a continuación.

#### **4.1 Promoción de la Salud.**

El diccionario de la Real Academia Española (2013a) define promover como “iniciar o impulsar una cosa o un proceso, procurando su logro... tomar la iniciativa para la realización o el logro de algo”. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (1948) define salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con base a estas definiciones, se entiende que la promoción de la salud es impulsar o tomar la iniciativa para lograr bienestar físico, mental y social. Sin embargo, el concepto como tal de la promoción de la salud se ha venido gestando desde años atrás, hasta hace aproximadamente unos 30 años en que se oficializó desde la Organización Mundial de la Salud. Aunque pareciera que es un concepto en constante evolución.

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 (Guerrero y Morales, 2007).

La Conferencia de Ottawa, Canadá para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) 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”.

A la vez, la carta explicita el hecho de que una buena salud es un recurso imprescindible para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida de las

personas; en esta carta se habla de los prerrequisitos para la salud (paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad) y, por último, dicta 5 ejes fundamentales de acción de la Promoción de la Salud, los cuales son:

- a. Elaboración de una Política Pública sana.
- b. Creación de ambientes favorables.
- c. Reforzamiento de la acción comunitaria.
- d. Desarrollo de aptitudes personales.
- e. Reorientación de Servicios de Salud.

La segunda Conferencia tuvo lugar en Adelaida, Australia (OMS, 1988) y se enfocó en ampliar el tema de las políticas favorables para la salud; ésta conferencia es fundamental pues reconoce la importancia de las políticas como un marco de acción para los otros cuatro ejes, incluso se menciona que “una política que favorece la salud se caracteriza por una preocupación explícita por alcanzar la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una aceptación de su responsabilidad en los efectos que pudiera tener sobre la salud”. De esta forma se evidencia que el principal objetivo de una política favorable a la salud es crear entornos adecuados para que las personas lleven una vida sana; ésta visión de las políticas en todos los contextos y ámbitos revela que es necesaria la colaboración de los gobiernos a nivel nacional, regional y local.

La tercera Conferencia fue en Sundsvall, Suecia (OMS, 1991) y desarrolló el tema de los ambientes favorables para la salud; destacó cuatro aspectos de los medios favorables a la salud los cuales incluyen la dimensión social, la dimensión política, la dimensión económica y la necesidad de reconocer y utilizar habilidades y conocimientos de las mujeres; en este sentido, el hablar de ambientes saludables se integra con la creación de políticas que promuevan estos espacios, mientras que toda política en salud a la vez necesitará de ambientes favorables para la salud como requisito para poder llevarse a cabo.

Pasaron seis años para que se realizara la cuarta Conferencia Mundial en Promoción de la Salud en Yakarta, Indonesia (OMS, 1997) cuyo mayor aporte radicó en incluir al sector privado como actor relevante en los procesos de construcción de la salud. Se estableció también que “...por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social”.

También se declaró que los abordajes en atención integral a la salud contemplando los cinco ejes de acción propuestos en Ottawa implican intervenciones más exitosas que si se aborda solamente uno de los ejes, y se resalta la necesidad latente de coordinar los sectores y de sumar esfuerzos, así como de la creación de alianzas estratégicas, cruzando los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y entre los sectores público y privado, ya que la cooperación es fundamental. Por último, la Declaración de Yakarta (OMS, 1997) incluyó la elección de 5 prioridades en cuanto a la salud hacia el siglo veintiuno:

- a. Promover la responsabilidad social en materia de salud.
- b. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- c. Ampliar y consolidar la formación de alianzas en pro de la salud.
- d. Aumentar la inversión en el desarrollo de la salud.
- e. Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Como siguiente paso en la historia mundial de la Promoción de la Salud, se da la quinta Conferencia en México (OMS, 2000) la cual es una recapitulación de algunos elementos previamente abordados en otras conferencias; sin embargo, la particularidad de esta conferencia radica en sus objetivos, los cuales fueron:

- a. Ilustrar el impacto de la promoción de la salud en la salud y la calidad de vida, especialmente para las personas que viven en circunstancias adversas.
- b. Lograr que la salud ocupe un lugar destacado en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales.
- c. Estimular la formación de alianzas en pro de la salud entre los distintos sectores y en todos los niveles de la sociedad.

Entre los múltiples temas técnicos abordados en ésta conferencia (OMS, 2000), se habló de la necesidad de integrar la promoción en el proceso de prestación de salud e incorporar los principios de promoción de la salud en el manejo de los servicios de salud, una visión innovadora de los servicios de salud. Esta conferencia recapitula la importancia de los determinantes sociales de la salud, y se recalca que “la promoción de la salud puede considerarse una disciplina integradora que utiliza un proceso sistemático a fin de reunir diferentes perspectivas disciplinarias y lograr los resultados propuestos” (OMS, 2000) por lo que implica un trabajo coordinado y con alianzas estratégicas de forma interdisciplinaria.

Chile (OMS, 2002) fue el primer país en organizar, dos años más tarde, un Foro de Promoción de la Salud en las Américas, el cual dio como resultado la firma de once acuerdos concretos en temas de Promoción de la Salud para los países participantes (véase tabla 2).

**TABLA 2. Acuerdos en Promoción de la Salud, Chile 2002**

- a. *Fortalecer significativamente los marcos políticos y jurídicos necesarios.*
- b. *Desarrollar planes de acción nacional de promoción de la salud conjuntamente con los sectores, público, privado y sociedad civil.*
- c. *Implementar planes de acción nacional con metas y objetivos sanitarios para promover y proteger la salud de la población, especialmente de los grupos más vulnerables.*
- d. *Impulsar el desarrollo de planes subregionales de promoción de la salud, con objetivos y metas de acuerdo a áreas prioritarias de interés común entre los países.*
- e. *Establecer políticas públicas saludables que promuevan la calidad de vida y el desarrollo social más allá del sector sanitario.*
- f. *Incorporar la promoción de la salud como un componente central en el proceso de reforma del sector salud y como un elemento básico en la reorientación de los sistemas y servicios de salud.*
- g. *Reforzar la relación entre la política nacional y las acciones en el ámbito local.*
- h. *Implementar planes de acción locales con metas y objetivos de salud, fortaleciendo la estrategia de municipios y comunidades saludables, la alimentación sana y actividad física, la prevención de violencia y accidentes, así como la promoción y protección de los derechos humanos.*
- i. *Fortalecer la capacidad de la gestión municipal para formar comités intersectoriales, desarrollar planes de acción e implementar estrategias de promoción de la salud a corto y largo plazo.*
- j. *Esforzarnos en mejorar la salud y la calidad de vida de la población en las Américas, tomando en cuenta lo establecido en las metas de la ONU para el Milenio, así como los objetivos del Plan Estratégico 2003-07 de la OPS/OMS.*
- k. *Reforzar o desarrollar la vigilancia, seguimiento y evaluación de los diferentes planes, procesos y estrategias de promoción de la salud en los niveles subregional, nacional y local.*

Fuente: OPS, 2002.

La sexta Conferencia en Promoción de la Salud se llevó a cabo en Bangkok, Tailandia (OMS, 2005), y se centró en afirmar que el empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad debe de ocupar un lugar trascendental en el desarrollo mundial y nacional, haciendo alusión también a la promoción de la salud basada en un derecho humano fundamental y reflejando un concepto positivo e incluyente de la salud. Se destaca una vez más que la promoción de la salud es una función central de la salud pública.

La séptima Conferencia internacional en Promoción de la Salud realizada en Nairobi, Kenia (OMS, 2009) tuvo como propósito el identificar estrategias clave y compromisos urgentes necesarios para poder poner en práctica la promoción de la salud, así como una serie de responsabilidades urgentes en materia de salud empezando por fortalecer el liderazgo y fuerzas de trabajo, posicionar la promoción de la salud, empoderar comunidades e individuos, mejorar los procesos de participación y construir y aplicar el conocimiento.

La última conferencia en Promoción de la Salud se llevó a cabo en Helsinki, Finlandia (OMS, 2013), abordando el tema de *salud en todas las políticas*, lo cual para efectos de la conferencia se definió como un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores, el cual toma en cuenta las implicaciones sanitarias de todas las decisiones, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Cabe destacar que el enfoque se basa en los derechos y obligaciones relacionados con la salud, mientras que busca resultados como: una mejor rendición de cuentas de los responsables de las políticas públicas para el impacto sobre la salud (en todos los niveles de la formulación de políticas), un énfasis en las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar y, por último, una contribución al desarrollo sostenible.

Para esta investigadora, 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 que se desarrolle y fortalezca en los mismos la capacidad de auto gestión y mejoramiento en todos los aspectos relacionados a su salud.

La participación activa 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, propiciando el desarrollo y/o fortalecimiento de una serie de aptitudes personales, lo que facilite procesos de cambio reales en las prácticas en salud.

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

Finalmente, los servicios de salud, o más allá de estos, el Sistema Nacional de Salud, debe reorientarse en función de fomentar todo lo anterior, desde los servicios en Atención Primaria en Salud hasta los procesos comunitarios y políticos que garanticen una salud con mayor equidad para toda las personas.

#### **4.2 La calidad**

La Real Academia Española (2013b) define calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor... estado de una persona, naturaleza, edad y demás circunstancias y condiciones que se requieren para un cargo o dignidad”; se habla de “buena calidad” cuando algo posee características de excelencia y superioridad.

Así también, la calidad puede ser definida como “...la totalidad de las características de una organización que genera la aptitud para satisfacer una serie de necesidades, tanto expresadas como implícitas...”; por lo tanto, se puede decir que la calidad es: “...el grado en que la organización logra satisfacer las necesidades del servicio, tanto las evidentes (...) como aquellas que el cliente espera, sin ser necesariamente el fin último...” (Boza, Coronado y Fernández; 2002). Según Jurán (1990) la calidad es la satisfacción del cliente, tanto los externos como internos de una organización.

La calidad es un concepto primitivo, que en muchas ocasiones sirve para definir, mas no puede ser definido del todo, para lo cual “...es necesario crear un modelo ideal para realizar una medición empírica de un modelo real...”, esto para constatar cuales elementos del modelo real no cumplen con los del ideal (González, 1994); por lo tanto, no se puede considerar la calidad como buena o mala, ya que es un juicio que la persona hace de una propiedad según la conveniencia.

Con respecto a la gestión de la calidad, se considera como “...todas las actividades de la función gerencial que determinan la política de calidad, los objetivos y responsabilidades y que los ponen en práctica por medios tales como la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, dentro del sistema de calidad” (Boza, Coronado y Fernández, 2002).

Según los autores Fernández, Sibaja y Torres (1997), el proceso para llegar a la calidad involucra la relación de la equidad, la eficiencia y la eficacia.

#### **4.2.1 Calidad del servicio de atención en salud**

En relación a la calidad en la atención en salud, se debe destacar el papel protagónico que tuvo el Dr. Avedis Donabedian (1984) al referirse a la calidad en la atención médica, conceptualizándola como la clase de atención que se espera proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar. Por otro lado, plantea que la misma debe evaluarse desde tres aspectos: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención.

Así también, Donabedian (1984) menciona tres dimensiones de la calidad de la atención, las cuales son: dimensión absolutista (establecer una norma, debe ser definible en términos normativos), dimensión individualizada (cuando el juicio sobre la calidad contempla los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, pues cada uno difiere en su concepto de calidad) y la dimensión social (los mismos elementos de la individualizada, pero a una mayor escala, tomando importancia también la distribución social del beneficio entre la población).

Se sabe que la calidad de la atención a la salud es considerada como una preocupación a nivel global, esto se ve reflejado en las acciones de múltiples instituciones responsables y educativas (quienes son formadoras de recursos humanos), pues existe un factor común en el deseo de conseguir mejoras constantes y continuas en el servicio de atención. Entre los problemas y reclamos que suelen reincidir es la comúnmente llamada “deshumanización”, que se refiere a la atención basada en el alejamiento hacia las personas que a la vez lastima su dignidad (Domínguez y Manrique, 2011).

Sin embargo, al hablar de *Calidad Total en Salud* se sabe que la misma no procede de la medicina ni tampoco de la Salud Pública, sino que se acerca más a la Gerencia y a la Industria de la Salud (González, 1997); en este caso se pasa del mero discurso a comprometerse con los resultados y con productos concretos y se centra en una propuesta de acción; para abordar la calidad en temas de salud se requiere otra actitud mental distinta a la tradicional, pues se requiere un compromiso con la realidad y con los procesos de transformación que dicha realidad amerita.

También, según Solís (1997) la calidad en salud está asociada directamente con los valores del ser humano por el rol que lleva a cabo en la salud de las personas; el problema, en el caso de los servicios de salud ineficientes, radica en los procesos o sistemas como tales, por lo que las fallas podrían estar en los insumos, la infraestructura, el equipo, la metodología de trabajo, el recurso humano, entre otros.

Según Losada y Rodríguez (2007) en su revisión teórica sobre la calidad del servicio, existe un marcado cambio en la visión objetiva de la calidad del servicio, a través de la posición de Grönroos (1982 y 1984), quien manifiesta que al constituirse los servicios como inmateriales, estos requieren una activa interacción entre el usuario y el proveedor de este servicio, lo cual origina el concepto de calidad del servicio percibida, que implica el juicio subjetivo del usuario sobre el servicio específico que recibe; de esta forma, el introducir la percepción lleva a formular el concepto de calidad del servicio desde la óptica del cliente-usuario.

Por otro lado, según Zeithaml (1988), citado por Losada y Rodríguez (2007), la definición de la calidad significa la superioridad o excelencia; por lo que, la calidad percibida se entiende entonces como el juicio que posee un usuario acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio.

Por su parte Losada y Rodríguez (2007), al referirse a la evolución teórica del concepto de calidad del servicio desde la mercadotecnia, mencionan -retomando a Grönroos- (1984), que existe cierto grado de consenso entre los investigadores en cuanto a la concepción de la calidad del servicio, la cual debe ser personal y subjetiva, ya que debe considerar la percepción del cliente.

Desde esta posición, la definición que posee una mayor y mejor aceptación tanto entre académicos como en investigadores es la propuesta por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), para quienes la calidad del servicio, además de ser un constructo difícil de medir, es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del usuario frente a un proveedor de un servicio y sus percepciones con respecto al servicio recibido.

Según los autores Domínguez y Manrique (2011) como parte de la atención en general a los procesos de salud y enfermedad, a través de la historia, esta atención pasó a ser vista como una obligación del Estado pues se reconoce el derecho fundamental a la salud (esto posterior a 1948 con la propuesta del concepto de salud por la OMS); de esta forma, la calidad de la atención se basó en la premisa de otorgar simplemente la atención; posteriormente, poco a poco los servicios de salud dejaron de definirse solamente por la prestación de un servicio y el correspondiente rendimiento de sus recursos, pasando a una posición en la que se incluyeron en la gestión distintos aspectos a favor del alcance de la calidad.

Tanto Domínguez como Manrique (2011) plantean que el área de atención considerada como “de primer contacto” (mencionada previamente) y los procesos de la salud pública se dejaron de lado a pesar de su trascendencia en cualquier sistema de salud mundial. En cuanto a la evolución del concepto de calidad en este contexto, los autores exponen que aparece primero como “control de calidad”, limitado a propuestas y realizaciones rígidas en cuanto a sistemas de medida, evaluación de estructura, proceso y resultado; es así como finalmente aparece la garantía de la calidad como un avance, al evaluar los procesos de la gestión y determinar las acciones necesarias para mejorar los errores y partir de esto para replantear la mejora continua, en la búsqueda de una gestión global del modelo de calidad (Domínguez y Manrique, 2011).

Según Amador y Cubero (2010) en cuanto a la calidad, existen principios (como en el caso de la norma internacional NC ISO 9001/2001) que se centran básicamente en el enfoque de cliente, donde el fin último es satisfacer sus necesidades, derechos y expectativas; además, se habla del liderazgo como un elemento fundamental para la disposición para el cambio, y la gestión de recursos de comunicación y de control, entre otras; por otro lado incluye al personal en los procesos participativos donde su experiencia y capacidad aportan riqueza a la atención; por otro lado, las relaciones mutuamente beneficiosas para la institución y sus proveedores aumentan la capacidad de agregar calidad a la prestación del servicio; de esta forma también se hace hincapié en el enfoque de sistema para la gestión, donde se ve la institución prestadora de forma holista, como un sistema abierto y vivo donde el cumplimiento de la misión dependerá del resultado de cada una de sus partes.

El investigador Vargas (1997) habla de que conceptualmente, la calidad pasa por la atención de las personas en un nivel estrictamente humano incluyendo la relación que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente. Este mismo autor rescata que tanto Donabedian (1980), como Roemer y Montoya (1988) y como Pálmer (1989), coinciden todos en que la calidad en servicios de salud se expresa en “...una actividad continua de evaluación y de revisión de valores, de incremento del compromiso y de un fuerte contrato psicológico con la visión y la misión de la institución...”. Por lo tanto se dice que la calidad está determinada por los procesos administrativos en todas las facetas, buscando la obtención de eficiencia y efectividad (como los conceptos tradicionales de calidad). Por último, Vargas (1997) se refiere a que, desde el punto de vista de la responsabilidad, brindar servicios de salud con calidad exige el lograr la satisfacción profunda de los

deseos y necesidades, y no en una intervención puntual sino de forma sostenida en el tiempo, teniendo como objetivo último el cumplir con una responsabilidad social, la cual implica también que el usuario debe de tomar partido en el proceso a la vez que debe asumir su responsabilidad individual según el estilo de vida que ponga en práctica.

La Caja Costarricense del Seguro Social (2007) define calidad de la atención como: "...un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimos riesgo para los pácientes..."; sin embargo, a pesar de que se menciona la Promoción de la Salud como un nivel de atención que debe brindar servicios de calidad al usuario, no se menciona ningún parámetro, técnica o instrumento para evaluarlo. Este vacío presenta una limitación para aquellos esfuerzos en Promoción de la Salud que vienen desarrollándose en el país, pues es una posibilidad que genere, tanto al personal facilitador del servicio como al usuario, la sensación de que es un servicio que se brinda a la libre, sin ningún parámetro que cumplir, ni mucho menos una evaluación que llevarse a cabo.

Según Losada y Rodríguez (2007) la conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde dos enfoques principales: el primero nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988) definiendo la calidad en servicios de salud como "...la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos...". Como se puede observar, la definición posee una perspectiva técnica en la que los objetivos deseables se refieren a la salud, y deja en segundo plano la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta; mientras que el segundo enfoque sostiene el hecho de que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina definitivamente su nivel de calidad, vinculando así una visión personal y subjetiva de ella como bien lo expusieron autores como Grönroos (1984) y Vandamme y Leunis (1993).

La autora Forrellat (2014) habla de cuatro consideraciones iniciales al hablar de calidad: primero, que ésta debe ser idealmente la misma en todos y cada uno de los niveles de atención en salud; segundo, que calidad es un proceso continuo en el que se busca la mejora; tercero, es una cualidad que se puede medir; por último, se menciona que la calidad no depende de un grupo reducido de personas, involucra a la totalidad de la organización; finalmente se plantea que el mayor desafío es evaluar este proceso continuo de calidad de modo que se pueda comparar y así permita la conformación de una serie de

estándares y permita también el planteamiento de procesos correctivos para producir constantemente mejoras en dicho servicio.

Los investigadores Gorina, Limonero, Peñart, Jiménez y Gassó (2013) aseguran que en los últimos años el estudio de la satisfacción usuaria -específicamente aplicado a los servicios sanitarios- se ha convertido en un instrumento fundamental y de gran utilidad en los procesos de gestión sanitaria, lo anterior para lograr una optimización de los recursos, ya que los usuarios son al final y al cabo el principal objetivo y la razón de ser de los servicios sanitarios, por lo cual su grado de satisfacción es un claro indicador básico de la calidad de los servicios ofrecidos.

Para esta investigadora, el concepto de calidad de los servicios de Promoción de la Salud debe de pensarse en función de una serie de elementos como: las habilidades del personal facilitador (técnicas, didácticas, de comunicación, de trabajo en equipos interdisciplinarios, entre otras), las metodologías a utilizar, la fluidez y empatía en las relaciones interpersonales que se generen y sobre todo, la participación activa de todas las partes durante los distintos procesos. Se considera que uno de los mayores retos en el tema de calidad en Promoción de la Salud consiste en establecer los criterios que permitan evaluar el servicio desde los elementos mencionados.

#### ***4.2.2 La satisfacción del usuario.***

Según una publicación de Newsome y Wright (1999) la satisfacción del consumidor es vista como un complejo equilibrio de sus expectativas con el proceso de la percepción del servicio o producto en cuestión; dentro de este concepto, se conoce la llamada "zona de tolerancia", la cual se explica desde la teoría como el hecho de que los consumidores son capaces de reconocer que el rendimiento del servicio puede variar, y que, por lo tanto, existe un grado en que están dispuestos a aceptar esta variación.

Además, según el estudio realizado por Mendoza, Piechulek y Al-Sabir (2001) sobre las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios, el principal factor predictivo de la satisfacción en los usuarios de servicios gubernamentales se identificó como el comportamiento del proveedor de dicho servicio, con un énfasis especial en el respeto y la cortesía.

Los autores Murillo y Saurina (2013) consideran que tanto la opinión de los usuarios como el valorar la satisfacción son las herramientas principales para llevar a cabo procesos de mejora de la calidad de

la atención en salud, tomando en cuenta las modificaciones según las necesidades de los servicios de sanitarios y de sus usuarios.

Por otro lado, según Oliva e Hidalgo (2004) -citando a Marshall, Hays y Mazel (1996)- se considera fundamental el evaluar la satisfacción de los usuarios, ya que se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio en salud proporcionado; así como también las autoras citan a Hermann, Ettner y Dorwart (1998) y Zurro (1999), al mencionar que la satisfacción de los usuarios juega un rol importante en la continuidad del uso de los servicios de salud, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico del servicio y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos que puedan brindarse.

Los autores Oliva e Hidalgo (2004) citan a Arenas, Fuentes y Campos (1993) y a Guzmán del Río (1986) quienes expresan que la satisfacción del cliente se define como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario sobre la atención idealizada y la percepción del servicio recibido; así también citan a Donabedian (1980) y a Hidalgo y Carrasco (1999) quienes lo definen como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario.

Según Rade (2006) el principal objetivo de todo servicio de atención en salud es la satisfacción de los usuarios, quienes siempre esperan poder confiar en su personal de salud así como en contar con un buen servicio, ante lo cual es crucial definir una serie de metas y objetivos razonables en la atención y servicio al usuario y así, generar procesos para cumplir o exceder estas metas y objetivos planteados. El autor añade que es fundamental perfilar la educación y la comprensión de las expectativas del usuario para que así se facilite el cumplimiento de los objetivos que a veces parecen inalcanzables para los centros de salud.

Por su parte, según el estudio de Campozana et al. (2003), se consideran aspectos cruciales en la satisfacción del usuario tanto el tiempo de espera como el derecho de elegir al personal de salud, las situaciones sobre discriminación (trato hacia los usuarios), el respeto, la intimidad, la disponibilidad de medicinas, los equipos adecuados, la provisión de información personal y las destrezas del personal.

En Chile, según el estudio cualitativo de Riveros, Berné y Mugica (2010), se encontró que al comparar las percepciones con respecto a la satisfacción entre los usuarios y el personal de salud, existe una brecha en la mayoría de elementos entre ambos grupos, mostrando el personal de salud una posición más autocrítica con respecto a sus responsabilidades en la atención.

#### ***4.2.3 Modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry.***

Según Losada y Rodríguez (2007) uno de los mayores aportes en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio y su respectiva medición desde la escuela americana es el de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), el cual inicialmente identificó diez dimensiones que significaron los criterios con que cuentan los usuarios en el proceso de evaluación de calidad para cualquier tipo de servicio, los cuales se detallan a continuación:

- a. Elementos tangibles.
- b. Fiabilidad.
- c. Capacidad de respuesta.
- d. Profesionalidad.
- e. Cortesía.
- f. Credibilidad.
- g. Seguridad.
- h. Accesibilidad.
- i. Comunicación.
- j. Comprensión del cliente.

Tres años más tarde, Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) decidieron reagrupar los diez *criterios* mencionados de forma que sólo quedaron cinco dimensiones: elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, materiales, entre otros), fiabilidad (habilidades y destrezas para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes).

De esta forma es que Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) -citados por Losada y Rodríguez (2007)- proponen la escala SERVQUAL, en la que la calidad del servicio tiene cinco dimensiones globales y a la vez es el resultado de las diferencias entre las expectativas de los usuarios y sus percepciones sobre el servicio recibido; de esta misma forma, el modelo vincula cuatro elementos que forman expectativas, los cuales son: la comunicación boca-oído, las necesidades personales de los usuarios, las experiencias previas del cliente y las comunicaciones externas.

Se presenta un esquema que resume el modelo (véase Figura 2).

**FIGURA 2. Modelo Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985**



Fuente: Losada y Rodríguez. 2007.

De esta forma, Losada y Rodríguez (2007) mencionan que el desarrollo de la escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), es una de las mayores contribuciones que se han realizado a la medición de la calidad funcional que se aplica a múltiples servicios, entre los cuales se citan los servicios de salud; también, los autores destacan que el identificar las deficiencias en una o más de las dimensiones propuestas por el modelo, permite simultáneamente identificar problemas que puedan estar ocultos y que interfieren de forma directa o indirecta con la prestación de servicios con mejor calidad.

## APARTADO V

### ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este apartado se presentan los elementos medulares que constituyeron la estrategia metodológica de la presente investigación, los cuales son: los objetivos, la pregunta de investigación, el diseño de la investigación, las técnicas e instrumentos, descripción de los sujetos de estudio, diseño muestral, plan de garantía ética, plan de análisis y las dimensiones y categorías a investigar, así como una breve descripción de las principales limitaciones de la investigación. Cada uno de ellos se detalla a continuación.

#### 5.1 Objetivos.

##### 5.1.1 Objetivo General.

- 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.

Se procede a especificar algunos elementos importantes respecto al objetivo general:

- Como se detalla en el apartado de marco contextual, en el sub apartado sobre la Unidad en Promoción de la Salud, existen diversos servicios que se prestan por parte de la unidad; no obstante esta investigadora se concentró en los servicios del proyecto señalado –**Proyecto Bonus Vitae**- ya que posee características idóneas para efectos de ésta investigación; por ejemplo su acceso y cercanía tanto a grupos usuarios como de personal operativo, así como el hecho de que, en el marco del proyecto se realizan actividades de carácter grupal de forma constante.
- Por *satisfacción usuaria* se entiende la vinculación de doble fase de *expectativas* y de *percepciones* que giran en torno al servicio prestado, lo cual se amplía en el marco teórico-conceptual, específicamente en el modelo de satisfacción del usuario de Parasuraman, Zeithaml y Berry.<sup>10</sup>

##### 5.1.2 Objetivos Específicos.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

---

<sup>10</sup> Para recordar *cfr.* Marco Teórico.

1. Caracterizar la evolución de la Promoción de la Salud en el escenario universitario a través del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud, desde su inicio hasta la actualidad (2015).
2. Describir los aspectos programáticos y las acciones puntuales vinculadas al proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica.
3. Determinar el criterio de satisfacción de las personas usuarias respecto al proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud (UCR) en las dimensiones de empatía, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y tangibilidad.
4. Caracterizar las expectativas de las personas usuarias respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud.
5. Caracterizar las expectativas de las personas usuarias respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud desde la perspectiva de los Gestores Estudiantiles en Salud y de los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud.

## **5.2 Pregunta de Investigación.**

La pregunta principal en torno a la cual gira esta investigación es la siguiente:

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción usuaria respecto del proyecto Bonus Vitae desde la perspectiva del usuario directo, de los Gestores Estudiantiles en Salud y del personal sanitario operativo de la Unidad de Promoción de la Salud?

### **5.2.1 Filtro PICO y Filtro FINER.**

A continuación se presenta una estrategia de validación para la pregunta de investigación y el objetivo general de la investigación a efectos de que exista consistencia metodológica en ambas y éstas sean válidas. Concretamente son las estrategias de análisis denominadas “filtro PICO” y “filtro FINER”, las cuales permiten determinar la claridad respecto a los distintos elementos propios de una investigación.

*Filtro PICO:*

a. P: Problema /Paciente/ Situación

Usuarios, personal operativo (descriptores usuario, relaciones paciente-personal de salud)

b. I: Intervención (Diagnóstico y/o Tratamiento)

Acciones en Promoción de la Salud del proyecto Bonus Vitae (descriptor Promoción de la Salud)

c. C: Control o Comparación

Comparación de perspectivas usuario-personal de salud operativo.

d. O: Resultados (*Outcomes*)

Satisfacción del consumidor-usuario-paciente (*Costumer Satisfacción*)/ Satisfacción del paciente (*Patient Satisfacción*)

*Filtro FINER:*

a. Factible: La pregunta se puede responder desde la fuente primaria (tanto de usuarios como del personal sanitario operativo).

b. Interesante: Implica un reto y un aporte que desea dar la investigadora a la comunidad científica, al contrastar la perspectiva del usuario y del personal de salud en el nivel operativo sobre el mismo elemento.

c. Novedosa: La investigación aporta al conocimiento en cuanto a la satisfacción del usuario sobre las acciones en Promoción de la Salud (no hay documentación al respecto), aún más al enriquecerla con la visión de su contraparte, el personal de salud, ya que la literatura cita como este ha sido un vacío en estudios previos.

d. Ética: Se reconoce el principio de autonomía de los y las participantes, de beneficencia y no maleficencia, así como la ausencia de riesgos para los participantes.

e. Relevante: Es un indicio importante el conocer cómo es la satisfacción usuaria específicamente en el campo de la Promoción de la Salud, brindando también una oportunidad al identificar puntos de encuentro y mejora para la calidad de las acciones en Promoción de la Salud.

### 5.3 Diseño de la investigación.

La manera en que se estudió la realidad sobre la satisfacción de los usuarios desde la perspectiva usuaria y del personal de salud operativo fue por medio del denominado *enfoque mixto*.

Según Sampieri y Mendoza (2008) citados por Hernández Sampieri *et al.* (2010, p. 546), refiriéndose a los métodos mixtos. éstos "...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-cerrados (con los cuales es posible determinar magnitudes), los cuales se complementaron con instrumentos semi-estructurados que brindaron información de tipo cualitativo.

Por ser un abordaje novedoso de la calidad de los servicios de salud, al centrarse en la satisfacción usuaria sobre las acciones en Promoción de la Salud, es que se planteó un estudio de *tipo exploratorio*, por lo que se eligió un *Diseño de Triangulación Concurrente*, el cual según Hernández Sampieri *et al.* (2010, p. 570) consiste en recolectar y analizar los datos cuantitativos y cualitativos de forma simultánea. Cabe destacar que durante la interpretación y la discusión se explican las dos clases de resultados, y generalmente se efectúan comparaciones de las bases de datos, por lo que se incluyen los resultados estadísticos de cada variable cuantitativa, seguidos por categorías y segmentos o citas resultado del análisis cualitativos, los cuales pueden complementarse con la teoría fundamentada.

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*.

#### **5.4 Técnicas e instrumentos.**

Para la producción de datos se eligió una serie de técnicas con sus respectivos instrumentos. Para los datos cuantitativos se utilizó la técnica de la encuesta a través de un instrumento basado en la *Escala SERVQUAL* (ver anexos 1 y 2) compuesto por 22 ítems los cuales se valoran del 1 al 7 (siendo 1 el valor más bajo y 7 el valor más alto); dicha escala se aplicó a la misma muestra de usuarios en dos momentos: previo a la actividad (para medir expectativas) y posterior a ésta (para medir las percepciones).

Para efectos de esta investigación se realizó un examen exhaustivo de cada uno de los elementos que se evalúan para cada una de las categorías, por lo que se intentó ajustar (ya fuese agregando o eliminando) los elementos que fueran coincidentes con dos grandes componentes: a) que fuera útil para una aplicación referida a una evaluación de un servicio de Promoción de la Salud y b) que reuniera las dos dimensiones en las cuales se ha insistido, las cuales son las expectativas y las percepciones como referencia clara a la prestación del servicio.

Así también se utilizó técnicas de tipo conversacional para profundizar en las expectativas y percepciones a través de entrevistas semi-estructuradas (ver anexo 3) a realizarse con una muestra a conveniencia de 4 de los usuarios directos.

También se realizó dos grupos focales (ver anexo 4), uno con el personal sanitario del nivel operativo vinculado al proyecto Bonus Vitae (la Unidad de Promoción de la Salud) y otro con los Gestores Estudiantiles en Salud quienes forman parte del proyecto Bonus Vitae.

#### **5.5 Sujetos de estudio.**

Para efectos de esta investigación se consideraron tres tipos de sujetos de estudio, los cuales se describen a continuación:

- a. Los usuarios directos: 98 estudiantes que asistieron a las actividades del Proyecto Bonus Vitae a quienes, en el mes de agosto del 2014<sup>11</sup>, se les aplicó dos encuestas, una sobre expectativas y otra sobre percepciones. Así también, se eligió una muestra de 4 estudiantes para realizar las entrevistas semi-estructuradas (2 mujeres y 2 hombres).
- b. El personal sanitario operativo de la Unidad de Promoción de la Salud vinculado al proyecto Bonus Vitae: en este sentido se tomaron en cuenta los profesionales de psicología, nutrición, medicina, comunicación colectiva, arte y actividad física, quienes son responsables de la capacitación y acompañamiento de los Gestores Estudiantiles en Salud del proyecto Bonus Vitae, con quienes se realizó un grupo focal. Así también, a algunos miembros de la UPS se les realizaron entrevistas semi-estructuradas según las necesidades de la investigación, específicamente en cuanto a la descripción de aspectos programáticos y acciones en relación al proyecto Bonus Vitae, así como la sistematización de la evolución del diseño organizacional del mismo (objetivos específicos 1 y 2).
- c. Los Gestores Estudiantiles en Salud del proyecto Bonus Vitae: se tomó en cuenta una muestra de la totalidad de gestores, priorizando en los 6 coordinadores de ejes temáticos, los cuales participaron en un grupo focal. Así también, se trabajó con este mismo grupo en la recuperación de los principales aspectos programáticos presentes en cada uno de los ejes temáticos que coordinan (a través de entrevistas semi-estructuradas y la construcción de una matriz de contenidos por eje temático).

Cabe destacar que para efectos de esta evaluación se tomó 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, no de proceso a través del tiempo.

---

<sup>11</sup> Estas actividades se llevaron a cabo con estudiantes de residencias estudiantiles y consisten en un convivio donde se abordarán temáticas de estilos de vida saludables, así como una charla sobre autocuidado, específicamente sobre el tema de manejo de emociones.

Por su parte, es relevante mencionar que la información obtenida a través de los estudiantes que forman parte del proyecto Bonus Vitae no estuvo sesgada por su carrera de origen, dado que existe un proceso de escogencia y capacitación que homologa el perfil de las personas que son miembros de Bonus Vitae en temas de Promoción de la Salud.

### **5.6 Diseño de las muestras.**

Con respecto al diseño de la muestra, se decidió que, con respecto a la *Escala SERVQUAL*, se aplicara el instrumento a la totalidad de participantes, mientras que se eligió una muestra a conveniencia para la realización de las entrevistas semi-estructuradas, según criterios como disponibilidad de horarios e interés en participar en el estudio.

Para la realización del grupo focal con los profesionales del nivel operativo de la Unidad de Promoción de la Salud, sólo estuvo ausente la comunicadora Sonia Vargas Cordero, quien se ausentó ese día por enfermedad. Cabe destacar que constituyen una *población cautiva* por su horario de oficina, por lo que fueron accesibles según horarios.

Con respecto al grupo focal realizado con los miembros de Bonus Vitae, se efectuó un muestreo a conveniencia, según la condición de coordinadores por cada uno de los seis ejes temáticos de trabajo del proyecto Bonus Vitae (Sexualidad Integral, Alimentación Saludable, Actividad Física y Recreación, Salud Mental, Farmacodependencia y Salud Bucodental); todos los anteriores pudieron colaborar con la recuperación de aspectos programáticos según eje temático, mientras que en el grupo focal, por cuestiones de disponibilidad de horarios, asistieron 4 de los 6 coordinadores.

### **5.7 Plan de garantía ética.**

Se procede a aclarar algunos puntos importantes en cuanto a la garantía ética de la presente investigación:

- a. Como se ha analizado previamente, a cada usuario y miembro del personal de salud se le pidió su autorización previa para participar en la investigación, así como para las grabaciones de audio. A cada uno de ellos se les explicó el fin del estudio, sus

propósitos y que pueden abandonar una entrevista o actividad propia de la investigación (véase Anexos 5, 6, 7 y 8).

- b. Como parte de los cuestionarios o dinámicas no se realizaron preguntas personales o familiares que pudieran incomodar o comprometer al participante, no se sometió a nadie a la experimentación clínica, no se consumió ningún tipo de fármaco.
- c. Cada estudiante fue libre de expresar sus opiniones, el contenido expuesto durante las distintas técnicas de recolección de información no se revelarán al personal sanitario; tales opiniones se conservarán en forma anónima y serán utilizados en el análisis agregado de la información.
- d. Lo mismo sucedió con el personal de salud, cuyas opiniones no serán conocidas por las jefaturas, salvo mediante el análisis agregado. Además, estos sujetos serán abordados concentradamente sobre la forma de ejecutar y de concebir el proyecto de promoción de la salud.
- e. Tal y como se puede ver en los instrumentos utilizados (anexos 1, 2, 3 y 4), las preguntas no se enfocaron sobre temas familiares, potencialmente no generaron crisis durante la participación, y respetaron absolutamente la integridad de los participantes.

Es por lo anterior que el proceso investigativo estuvo éticamente blindado; a los participantes no sólo se les explicó los propósitos sino que se les solicitó su consentimiento de participación además de salvaguardar los aspectos de resguardo de la información.

### **5.8 Plan de Análisis.**

En cuanto al procesamiento de la información, se utilizó 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.

En forma complementaria se utilizó el programa Atlas Tl para el análisis e interpretación de los resultados cualitativos, producto de las entrevistas semi estructuradas 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, también se describió el cómo

sucedió lo que se hizo o se dijo y quién lo hizo o lo dijo. Para eso, se realizó una categorización inicial con base a las dimensiones y categorías establecidas de previo, para su posterior análisis.

### **5.9 Dimensiones y categorías a investigar.**

Con respecto al primer objetivo específico, se llevó a cabo una recuperación de cómo evolucionó el diseño organizacional del proyecto Bonus Vitae desde su creación (en el año 2009) hasta la actualidad; en este sentido, se desarrolló el objetivo cruzando información de fuentes primarias (relatos anecdóticos del proceso de evolución por parte de actores clave en el proceso) así como de fuentes secundarias (revisión de documentos varios de la UPS en los que se hace referencia a Bonus Vitae).

Con respecto al segundo objetivo específico, el cual buscó sistematizar los aspectos programáticos en promoción de la salud del proyecto Bonus Vitae, se llevó a cabo una identificación de los ejes de trabajo de la UPS relacionados al proyecto Bonus Vitae comparados con la teoría de la Promoción de la Salud. Sobre todo basándose en los cinco ejes de acción de la disciplina descritos a continuación:

- a. Elaboración de una política pública sana: la salud debe formar parte del quehacer cotidiano de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que poseen.
- b. Creación de ambientes favorables: es necesario fomentar el apoyo recíproco, de protegerse los unos a los otros, así las comunidades como el medio natural, por lo que se debe destacar que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad compartida.
- c. Reforzamiento de la acción comunitaria: la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud; por lo que la fuerza motriz en todo

proceso de promoción de la salud proviene del poder real de los miembros de las comunidades.

- d. Desarrollo de aptitudes personales: se debe de favorecer el desarrollo personal y social en tanto proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida, para así incrementar las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medioambiente y de esta forma opte por todo lo que propicie su salud individual y colectiva.
- e. Reorientación de los servicios de salud: es una responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios compartida con los individuos ésta reorientación, así como de los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos, ya que todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud, donde se trascienda la mera prestación de servicios clínicos y médicos, sino prestar servicios de manera sensible y respetuosa hacia las necesidades culturales de los individuos (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Para el abordaje de este segundo objetivo específico, se llevó a cabo una descripción de los aspectos medulares en la planificación y ejecución de las actividades en Promoción de la Salud, tomando en cuenta aspectos como la solicitud basada en alguna necesidad, la planificación de la sesión educativa, los materiales a utilizar, el espacio y horario de ejecución, los representantes de la UPS y de Bonus Vitae que deberían asistir, entre otros; todo lo anterior para dar una visión global de los procesos de planificación estratégica y aspectos operativos de las actividades desarrolladas.

Por otro lado -como se mencionó en el apartado de marco teórico-conceptual sobre los antecedentes históricos del modelo- el mismo pone a interactuar cinco dimensiones las cuales determinan la expectativa del servicio así como la percepción del servicio recibido, éstas interactúan a la vez con cuatro formadores de expectativas. Es por esto que en este apartado se presenta en detalle cómo se entendió cada uno de éstos elementos para efectos de la

definición de variables por categoría y dimensión y el análisis realizado (en los objetivos específicos tercero y cuarto).

Según autores como Mira *et al.* (1998), así como Losada y Rodríguez (2007), de acuerdo a múltiples estudios que han basado su investigación en este modelo (incluyendo múltiples estudios en los servicios sanitarios), se coincide en algunas inconsistencias metodológicas sobre todo por lo complejo de medir expectativas del usuario a través de una escala; sin embargo, es por esto que se propone basarse en este modelo y en sus dimensiones para que a través de técnicas cualitativas se profundiza y complementa las características en función de las cinco dimensiones y de los cuatro elementos formadores de expectativas en estos usuarios.

Con respecto a la escala SERVQUAL, ésta contiene 22 ítems sobre las expectativas del usuario e igual número de preguntas sobre las percepciones que tiene el usuario del servicio, esto sugiere que para lograr un alto nivel de calidad es necesario igualar o incluso llegar a superar las expectativas del usuario en comparación con el servicio (Losada y Rodríguez, 2007). Vale destacar que la escala hace preguntas por dimensión, por lo que no se estudian a través de la escala los cuatro elementos formadores de expectativas, los cuales se espera profundizar a través de las entrevistas a profundidad y los grupos focales; estos formadores de expectativas son: comunicación boca – oído, necesidades personales, experiencias previas y comunicaciones externas.

Acerca del modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), se identifican las siguientes dimensiones:

- a. Tangibilidad: son las instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal.
- b. Fiabilidad: es la capacidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y precisa.
- c. Capacidad de respuesta: es la voluntad de ayudar a los clientes y ofrecer un servicio rápido y oportuno.
- d. Responsabilidad: es el conocimiento y la cortesía del personal y su capacidad para inspirar confianza.

- e. Empatía: es el cuidado y la atención individualizada que la empresa ofrece a sus clientes (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

En el caso de las dimensiones de responsabilidad y empatía, éstas se dividen a su vez en categorías, las cuales son: accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario (para empatía), y profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad (para responsabilidad) (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988); para el uso de la escala SERVQUAL los 22 ítems son evaluados desde la expectativa y luego desde la percepción, los cuales responden a las cinco dimensiones mencionadas previamente y se califican con una escala de 7 opciones, éstos ítems se traducen en indicadores que son medidos a través de la escala.

Dado que, a nivel de la escala SERVQUAL, se abordan solamente las cinco dimensiones de la satisfacción, dejando de lado el estudio de los formadores de expectativas, es que a través de las entrevistas semi-estructuradas con estudiantes usuarios y usuarias, así como en los dos grupos focales (con Gestores Estudiantiles en Salud y con profesionales de la UPS) se incluyeron estos cuatro formadores de expectativas para tener una visión más completa del perfil de las mismas, visto desde los tres grupos estudiados.

#### **5.10 Limitaciones de la Investigación.**

A lo largo de esta investigación, surgieron una serie de limitaciones, por lo que se considera de interés detallar a continuación las principales.

Durante la aplicación de las Escalas SERVQUAL en el taller sobre manejo del tiempo, fue un inconveniente el hecho de que la asistencia fuera mucho mayor a la esperada, así como que el espacio fuera reducido, lo cual dificultó repartir todos los instrumentos, así como atender dudas sobre el mismo de forma personalizada.

Al mismo tiempo, al realizar las entrevistas a estudiantes, a pesar de que las mismas se coordinaron poco tiempo después del taller y el convivio, uno de los cuatro estudiantes entrevistados manifestó no recordar ni siquiera el tema, lo cual sesgó muchas de las respuestas, las cuales tendían a ser más de carácter general que en relación a la actividad propiamente.

Durante el grupo focal con coordinadores de Bonus Vitae, dos de las seis personas que componen el total del equipo de coordinación no pudieron presentarse. Una de ellas canceló de forma previa a la sesión y, la segunda, se ausentó por motivos personales. Lo anterior provocó que se contara solamente con la perspectiva de cuatro coordinadores. Sin embargo, los seis coordinadores facilitaron la tabla con la información sobre contenidos trabajados en su eje temático, por lo que al menos esta información se pudo recuperar de forma completa.

Con respecto al grupo focal de profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud, la única limitación fue que a la sesión no asistió la persona encargada del mercadeo y la divulgación, pues se encontraba de vacaciones. Cabe destacar que ésta es la persona del equipo de trabajo que tiene menos contacto directo con los usuarios, pues no participa en la prestación de servicios de promoción de la salud, sino más bien que los documenta y los da a conocer a la comunidad universitaria. De todas formas, hubiese sido interesante contar con su opinión sobre el perfil de expectativas de los estudiantes usuarios.

Por último, a la hora de presentar los resultados, la mayor limitación es que no existe abundancia de material científico que aborde esta temática de forma similar, pues, en primer lugar, no hay estudios sobre satisfacción de los usuarios en servicios de promoción de la salud, y, en segundo lugar, no es común que se indague más allá de la perspectiva usuaria. Lo anterior dificultó la fase de discusión, al no tener un punto de referencia claro con base a otras investigaciones similares o experiencias evaluativas de este tipo.

## APARTADO VI

### EVOLUCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ESCENARIO UNIVERSITARIO A TRAVÉS DEL PROYECTO BONUS VITAE

En este apartado se presenta un recorrido por la historia del proyecto Bonus Vitae de Gestores Estudiantiles en Salud, describiendo desde los eventos que lo antecedieron, hasta la actualidad, para lo cual se repasan aspectos importantes de su conformación como grupo y cómo éste fue evolucionando. El apartado cierra con una breve narrativa, a modo de ejemplo, de cómo son las sesiones de capacitación impartidas por los profesionales de la UPS hacia los Gestores Estudiantiles en Salud.

#### **6.1 Inicios del Proyecto Bonus Vitae.**

A nivel de la Unidad de Promoción de la Salud, previo al año 2009 se contaba con el programa ENLACES, el cual trabajaba con gestores en salud a nivel de la población universitaria, específicamente con funcionarios. A raíz de este programa, surge la necesidad, manifestada por Shirley Carmona, de crear un grupo social estudiantil el cual resultara en un homólogo de ENLACES y su trabajo con funcionarios, desarrollando un grupo de gestores estudiantiles en salud. La iniciativa surgió pues la estrategia de ENLACES se comprobó cómo efectiva y permitía la comunicación deseada. Se propone con metodología y enfoque diferente, al ser para estudiantes, pero tomando como base una experiencia efectiva de intervención por parte de la Unidad de Promoción de Salud (Aguilar, entrevista personal, 4 de marzo 2015).

En este primer acercamiento a la iniciativa, según Aguilar (entrevista personal, 4 de marzo 2015) se decidió utilizar el término de *gestores en salud* en vez de *líderes en salud*, pues muchas veces las y los estudiantes se veían amenazados por la condición de “líderes” (poniendo en duda sus propias habilidades de liderazgo); aunado a esto, se notó que algunos de los primeros estudiantes que se acercaron para formar parte de este grupo, eran estudiantes de bajo perfil, con fobias sociales, problemáticas en torno a su identidad sexual, hablando de

forma general, muchos de ellos y ellas eran personas con condición de vulnerabilidad y/o exclusión dentro del sistema de educación que resulta la Universidad de Costa Rica.

Es a raíz de lo anterior, que en la Unidad de Promoción de la Salud se hizo explícita la pertinencia de crear este grupo social estudiantil y facilitar, a través de los profesionales en salud de la Unidad así como de invitados externos, una serie de herramientas y procesos de formación para desarrollar en ellos seguridad y liderazgo (incluso de forma implícita) y así poder lidiar con las amenazas a las que ellos y ellas se veían expuestos (Aguilar, entrevista personal, 4 de marzo 2015).

### **6.2 Conformación del grupo de Gestores Estudiantiles en Salud.**

El proyecto como tal comenzó como un voluntariado en enero del 2009 bajo el nombre de Gestores Estudiantiles de la Salud de la Universidad de Costa Rica (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014), con un grupo de 12 estudiantes (quienes presentaron solicitudes para formar parte del mismo, sometiéndose a un proceso de selección bajo la coordinación de la psicóloga Shirley Carmona). Los estudiantes que forman parte del grupo se han considerado desde entonces hasta la actualidad como agentes replicadores para el trabajo con la población universitaria (principalmente con estudiantes, aunque apoyan algunas actividades con funcionarios).

Sin embargo, fue hasta el año 2010 cuando se aprobó que las horas trabajadas en el proyecto se pudieran validar como horas beca para aquellos estudiantes que fueran becarios de la categoría once de la Universidad de Costa Rica<sup>12</sup>, los cuales ya de por sí formaban parte del proyecto; la única condición fue que su principal interés fuera participar en las actividades propias del grupo y no sólo cumplir con las horas asignadas (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014).

Según Shirley Carmona (2009), el proyecto ha tenido como propósito desde su creación el “promover la participación de la población estudiantil de la Universidad de Costa Rica en

---

<sup>12</sup> Los y las estudiantes que se le asigna beca once, deben cumplir cada semana con 4 horas de colaboración en actividades universitarias en su escuela o facultad; a cambio de esto, la universidad les facilita la exoneración del pago de matrícula y un monto de ayuda económica mensual (Oficina de Orientación, 2010).

torno a la promoción de la salud, con el fin de potencializar 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, a través del cual se propusieron posibles nombres para el proyecto y de allí surgió como ganador el nombre *Bonus Vitae* el cual proviene del latín y significa *buena vida*; se eligió este nombre pues se consideró que el uso del latín unifica la raíz desde muchas culturas e idiomas, lo cual es similar simbólicamente con la salud (Shirley Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014).

Para definir elementos importantes del proyecto, se llevó a cabo en junio de ese mismo año una mesa de trabajo donde se estableció, con participación de los estudiantes, el perfil de la persona gestora estudiantil en salud, las funciones que éste debía desarrollar y las actividades principales que estarían a su cargo (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014).

A partir de la sesión de trabajo mencionada, se definió como objetivo del proyecto el “involucrar a la población estudiantil en procesos de promoción de la salud, mediante la creación de espacios que les permita desarrollar y transmitir actitudes y prácticas saludables”; así también, se establecieron como funciones del estudiante *Bonus Vitae* el trabajar, el transmitir sobre salud, el dialogar, el motivar y el negociar. Por otro lado, entre sus características se destacan el ser: líder, ejemplar, entusiasta, tolerante, sensible, comunicativo, motivador, sociable, creativo, entre otros (Carmona, s.f.).

### **6.3 Evolución del proyecto *Bonus Vitae*.**

Durante esos primeros dos años de existencia del proyecto (2009 y 2010), las labores de los gestores estudiantiles en salud radicaron en sesiones de capacitación constante en distintas temáticas de salud (Aguilar, entrevista personal, 4 de marzo 2015), así como en apoyo a distintas tareas propias de la Unidad de Promoción de la Salud (como asignaciones de índole administrativa, apoyo en construcción de materiales educativos, acompañar a los profesionales sanitarios a impartir distintas capacitaciones con funcionarios y funcionarias,

entre otras), y la realización de algunas actividades para concientizar en temas de salud durante la semana de inducción (semana previa al primer ciclo lectivo de cada año).

Posteriormente, en el año 2011, el grupo de Gestores Estudiantiles en Salud incursionó en el desarrollo de ferias y festivales de la salud (tanto para estudiantes como para funcionarios), para los cuales según Aguilar (entrevista personal, 4 de marzo 2015) se conformaban una serie de comisiones de trabajo que organizaban la feria o festival con dos meses de anticipación (como por ejemplo logística, divulgación y decoración, alimentación, puestos o “stands” por ejes temáticos, entre otras); así mismo, para la ejecución de las ferias y festivales, los gestores estudiantiles en salud estaban organizados y capacitados en cinco grupos, según los ejes temáticos: alimentación saludable, sexualidad integral, salud mental, actividad física y recreación y farmacodependencia (cada eje temático con una persona coordinadora).

Durante los años 2011, 2012 y 2013 se mantuvo la dinámica de trabajo y organización mencionada previamente, junto con el desarrollo de las mencionadas ferias y festivales, donde los profesionales de la Unidad en Promoción de la Salud formaban parte de las comisiones con un papel de supervisores y orientadores de los distintos procesos; los Gestores Estudiantiles en Salud continuaron brindando apoyo en tareas administrativas de la Unidad de Promoción de la Salud en semana de inducción y en algunas tareas emergentes, cuando los profesionales sanitarios de la UPS solicitaban apoyo (Aguilar, entrevista personal, 4 de marzo 2015).

En el año 2013, debido a una solicitud de la Oficina de Becas, se incluye una mayor cantidad de estudiantes de horas beca en el proyecto Bonus Vitae; se dio un aumento hasta un total de 60 integrantes. El problema surgió dado que al ser un requisito (por su calidad de becarios 11) participar en las distintas actividades, no se dio el mismo nivel de compromiso y de trabajo que en los años anteriores, lo que dio pie a la eliminación de tener como criterio de selección para entrada al grupo el realizar horas beca; se buscó entonces volver a un grupo con pocos miembros pero con alto grado de compromiso. A pesar de las dificultades emergentes al aumentar la cantidad de estudiantes, durante ese este año se llevaron a cabo

actividades como: ferias estudiantiles, ferias para funcionarios, festivales inter-universitarios y demás (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014).

Según Aguilar (entrevista personal, 4 de marzo 2015), como parte de la evaluación de fin de año en el 2013, se hizo manifiesto que a pesar del carácter tan llamativo, atractivo y la alta concurrencia de personas, la modalidad de ferias y festivales “no compran objetivos de cambio reales”, que implicaban gran cantidad de trabajo invertido y que luego de la feria o festival “no pasaba nada”. por lo tanto se decidió hacer un giro para volver a los orígenes y la razón de ser de Bonus Vitae. Cabe destacar que como a partir del año 2015 se elimina la modalidad de horas beca (para becarios once)<sup>13</sup>, se espera a nivel de la Unidad de Promoción de la Salud que los estudiantes que decidan quedarse en el grupo lo hagan por convicción.

Para el año 2014 se decidió cambiar la modalidad de las actividades a realizar por el grupo Bonus Vitae, pues se consideró que, si bien los integrantes contaban con suficiente experiencia en ferias y festivales, debían fortalecer las técnicas de taller y charla con grupos más definidos. Debido a esto, la labor del grupo Bonus Vitae durante el 2014 se centra en tener contacto con otras técnicas como convivios, talleres y charlas, esto con los estudiantes becados 11 y de residencias estudiantiles, así como en capacitación y actualización a lo interno del grupo<sup>14</sup>. Estas actividades son de tipo puntual, por lo que no implican procesos de promoción de la salud como tal. Cabe destacar que al mes de marzo 2014 el proyecto incluía a un aproximado de 40 estudiantes integrantes (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014). Para marzo del 2015, el grupo de Gestores Estudiantiles en Salud está conformado por 21 personas quienes son estudiantes activos de la Universidad de Costa Rica (Carmona, entrevista personal, 11 de marzo del 2015).

Por otro lado, cabe destacar que si bien en los primeros años de ejecución del proyecto se realizaban sesiones de capacitación por grupos de eje temático, a partir del año 2014 se

---

<sup>13</sup> A partir del año 2015, los becarios de grado 11 cuentan con beneficios de exoneración económica y demás, pero ya no deben realizar horas beca en ninguna unidad académica ni instancia universitaria.

<sup>14</sup> Esta decisión surge pues muchos de los líderes o fundadores de Bonus Vitae se graduaron de la Universidad, dejando un grupo con muchos integrantes nuevos, lo cual ameritó un proceso de capacitación y fortalecimiento de conocimientos y técnicas.

realizaron sesiones de actualización y capacitación en distintos temas pero tomando en cuenta a la totalidad de miembros del proyecto Bonus Vitae, pues se consideró que a pesar de que hayan coordinadores por ejes temáticos, todos y todas deben estar en capacidad de apoyar un taller, una charla o una sesión educativa de cualquier tema (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014).

Así también, desde sus inicios hasta la fecha, se mantiene como puerta de entrada al grupo Bonus Vitae el requisito de pasar por un proceso de selección, que implica participar en una entrevista a cargo de la psicóloga Shirley Carmona, para profundizar en aspectos como interés en temas de salud, capacidades, aspiraciones dentro del grupo y demás; lo anterior determina la admisión del estudiante interesado al grupo de GES (Carmona, entrevista personal, 8 de abril 2014). Desde el 2009 hasta la actualidad el cargo de coordinación del proyecto Bonus Vitae recae en la psicóloga Shirley Carmona.

Por último, el panorama del proyecto Bonus Vitae para el año 2015 contempló en primer lugar el cambio de su denominación, al pasar de ser un “proyecto” a un “programa”, pues como recomendación de un trabajo final<sup>15</sup>, se considera como una política permanente en la universidad que ha tenido reconocimiento y sostenibilidad a través del tiempo; este implica un claro ejemplo de que en Promoción de la Salud, más allá de las actividades coyunturales (las cuales suelen ser más comunes) se están realizando esfuerzos de carácter permanente, lo que puede estar directamente relacionado con el éxito de Bonus Vitae. Así también, ya no se trabajó según ejes temáticos, sino que se buscó el abordaje de un solo proyecto a la vez, en el que participaran todos y todas las integrantes de Bonus Vitae. Por último, es importante mencionar que según Shirley Carmona (entrevista personal, 11 de marzo del 2015) las acciones del programa durante este año 2014 se enfocaron en la capacitación y profundización en temas de salud, así como en el apoyo a algunas actividades y tareas propias de la Unidad de Promoción de la Salud (a diferencia de años anteriores en que tenían la ejecución de actividades a su cargo).

---

<sup>15</sup> Al sugerir este cambio, las estudiantes autoras del trabajo de investigación mencionan que es un cambio “conceptual”, pues, en estructura y funcionalmente, Bonus Vitae ya era un programa.

#### **6.4 Sesiones de capacitación en temáticas de Salud Integral.**

A continuación se presenta la sistematización de una sesión de reunión y capacitación del grupo de gestores estudiantiles en salud, la cual tiene como intención reflejar la dinámica que se está manejando actualmente para llevar a cabo los procesos de actualización y educación continua en temas de salud integral.

El fin de estas sesiones, aparte de fortalecer los vínculos grupales, radica en facilitar herramientas y generar conocimiento en torno a temática de salud que serán abordadas con la población universitaria a través de sesiones educativas de la nueva modalidad (talleres, charlas, convivios, entre otras). Cabe destacar que la información presentada a continuación fue construida con base al diario de campo de la actividad, utilizando la técnica de observación no participante.

La capacitación se llevó a cabo el día 16 de julio del 2014, en el quiosco de las instalaciones deportivas. Se citó a los y las estudiantes a las 8 a.m. para trabajar hasta la 1 p.m. Se contó con la asistencia de Shirley Carmona, Ana Yancy Zúñiga y Pablo Molina como miembros de la Unidad en Promoción de la Salud, así como con 25 estudiantes del grupo de gestores estudiantiles.

Para comenzar, se realizó un desayuno compartido de 8 am a 9 am, luego se procedió a pedirles a las y los estudiantes que llenaran una pequeña encuesta según su percepción sobre el planificador que se entregó a la comunidad estudiantil por parte de la Unidad de Promoción de la Salud. Posteriormente, se hizo un recordatorio a los estudiantes sobre el cumplimiento de las horas que deben realizar al ser parte del grupo, pues en algunos casos no se habían completado las horas que debían completar por responsabilidad al finalizar el semestre.

Se comentó sobre los talleres coordinados con la Oficina de Orientación, de los 15 planeados tan sólo se realizaron 5. Shirley Carmona explicó que el primer semestre fue “convulso” dada la cancelación de los talleres y que, sin embargo, se había trabajado en otras actividades. Se habló también de cómo el medio de comunicación por correo y por mensajes de texto (entre miembros de la Unidad de Promoción de la Salud y gestores estudiantiles en salud) los cuales

no fueron muy efectivos, por lo que se pidió colaboración para estar más atentos de comunicarse y responder mensajes.

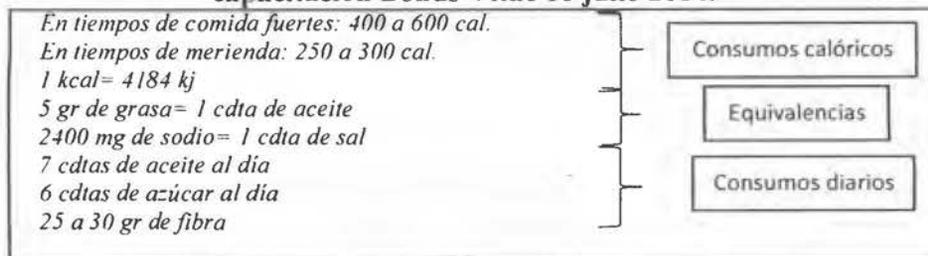
Se destacó la importancia de que el grupo Bonus Vitae participe en el Congreso Estudiantil, a través de propuestas para mejorar la salud estudiantil. Se comentó sobre el caso de Silvia Sibaja (presidenta de la Asociación de Estudiantes de Nutrición), quien estaba planteando una propuesta para elegir representantes estudiantiles que se designaran como “gestores estudiantiles en salud” y fueran la conexión de Bonus Vitae con las asociaciones de estudiantes, se consideró importante esta idea ya que se pensaría en trabajar por la universidad a un nivel más global, no sólo centrado en las actividades propias de la OBS.

Se presentaron las actividades de la capacitación, la cual tenía como intención profundizar las temáticas de nutrición abordadas en la última sesión de capacitación. Se comentó que la sesión se enfocaría en dos temas priorizados (tanto manifestados por los gestores estudiantiles como identificados como puntos débiles por el personal de la Unidad de Promoción de la salud) los cuales son la lectura de etiquetas y la preparación de alimentos. Dado que esta capacitación se enfocó en el tema de nutrición, la asumió la nutricionista de la UPS, Ana Yancy Zúñiga.

Se comenzó con el tema de lectura de etiquetas, para lo cual se hicieron preguntas para interactuar con los estudiantes, como “¿Quiénes de ustedes revisan las etiquetas a la hora de comprar?” y otras. Posteriormente, se hizo énfasis en el concepto de la *alimentación con sentido*: consentirse, con los sentidos, con un objetivo (con un sentido). Para el punto específico del objetivo (el sentido de la alimentación, la razón de ser) se propuso la importancia de la lectura de etiquetas. Se abordaron aspectos como: revisar fechas de vencimiento, permiso sanitario, ingredientes, peso, entre otros. Se hizo énfasis en que se debe observar el tamaño de la porción.

Como parte de la explicación de los componentes de la etiqueta nutricional, se rescatan a continuación algunos datos de interés (ver figura 3).

**FIGURA 3. Datos relevantes para la lectura de etiquetas, capacitación Bonus Vitae 16 julio 2014.**



Fuente: Elaboración propia.

Se procedió a realizar grupos de trabajo para un ejercicio a través de la formación de parejas y tríos. La actividad consistió en realizar una visita al supermercado (montado previamente por Pablo Molina de la Unidad de Promoción de la Salud), con el objetivo de analizar etiquetas de distintos alimentos que se consiguen regularmente.

Posteriormente se dejó a los estudiantes que se pasearan por el supermercado y que vieran los productos con detenimiento, discutiendo en el equipo de trabajo sobre las propiedades nutricionales de los productos. Posteriormente se discutió sobre lo observado en las etiquetas y la importancia de tomar en cuenta los elementos allí especificados a la hora de decidir que escoger y que comprar.

Finalmente, se realizó una actividad con el objetivo de fomentar la preparación de alimentos saludables, manteniendo la línea de "alimentación con sentidos", para lo cual se invitó a un chef que les mostraba como preparar alimentos que fueran nutritivos, que fueran de buen sabor y que se vieran atractivos visualmente. Esta actividad se cerró con un conversatorio sobre *tips* y recomendaciones que habían escuchado o que conocían los y las estudiantes sobre el proceso de preparación de alimentos, ante esto, los profesionales en salud de la Unidad de Promoción de la Salud iban aclarando si estos *tips* mencionados eran mitos o realidades. Al final, se llevó a cabo un cierre para la capacitación y se dio por finalizada la misma.

## **APARTADO VII**

### **ASPECTOS PROGRAMÁTICOS Y ACCIONES PUNTUALES DE BONUS VITAE**

En este apartado se describen los principales aspectos programáticos de Bonus Vitae, así como detalles relevantes sobre sus acciones puntuales. Se comienza por abordar un encuadre de Bonus Vitae en el marco del Plan Anual Operativo de la UPS para el 2014, para luego comparar dichos aspectos programáticos con los ejes de acción de la Promoción de la Salud.

Posteriormente, se describe la programación y acciones específicas de Bonus Vitae durante el año 2014, tomando en cuenta aspectos como: la capacitación de los gestores en salud, las actividades emergentes, el proceso de solicitud de una actividad, la convocatoria, la planificación de las actividades puntuales, las modalidades de las actividades, los materiales, la evaluación y los instrumentos utilizados en la misma.

Luego, se abarca el marco referencial que guía al proyecto Bonus Vitae, así como los ejes temáticos y contenidos específicos que se trabajan a nivel del proyecto. Por último, se presenta la descripción de las dos actividades a partir de las cuales se evaluó la satisfacción de los usuarios (tanto el convivio sobre Manejo de Emociones como el taller sobre Manejo del Tiempo).

#### **7.1 Encuadre programático de la Unidad de Promoción de la Salud y el Proyecto Bonus Vitae, según Plan Anual Operativo 2014.**

Dado que Bonus Vitae es uno de los proyectos de la Unidad de Promoción de la Salud, se considera relevante describir de qué forma el mismo se visualiza en las líneas de trabajo del Plan Anual Operativo de la UPS (2014), por lo que a continuación se presenta un resumen del mismo. Cabe destacar que en la versión completa del PAO se detallan aspectos medulares del quehacer de la unidad a través de un marco lógico conformado por: eje de trabajo, objetivo general, objetivos específicos, metas, indicadores, productos, actividades, cronograma y responsables, así como otras actividades que se realizan por parte de la UPS.

Se presenta la tabla 4, la cual contiene un resumen de los cuatro ejes de trabajo establecidos en el PAO, definidos por objetivos generales y objetivos específicos.

**TABLA 3. Ejes de Trabajo desglosados por Objetivo General y Objetivos Específicos, PAO UPS 2014**

<b>Eje de Trabajo</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
1. Inclusión de la Promoción de la Salud en la gestión política universitaria.	Convencer a las autoridades tomadoras de decisiones, la importancia de incorporar la salud en las actividades sustantivas del quehacer universitario.	Determinar las instancias universitarias y entidades externas claves tomadoras de decisiones.
		Establecer espacios de encuentro con el fin de dialogar respecto a la relevancia de salud, tomando en cuenta la visión transformadora universitaria.
		Dar seguimiento de la gestión política.
		Construir propuestas conjuntas para la incorporación del tema de promoción de la salud en el quehacer universitario.
		Gestionar alianzas externas para el fortalecimiento del trabajo en PS.
2. Entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad.	Facilitar entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad.	Desarrollar espacios educativos para el intercambio de conocimiento en la temática de salud.
		Formar agentes multiplicadores del mensaje en salud para la comunidad universitaria.
		Propiciar entornos universitarios que faciliten las prácticas saludables. (**)
		Brindar asesoría y colaboración en temas de salud y otros.
		Fortalecer el uso eficiente de recursos y su distribución.
		Divulgar estrategias de salud en espacios laborales por medio de los "Enlaces OBS".
3. Docencia, investigación y actualización en Promoción de la Salud.	Promover la incorporación de las temáticas relacionadas con la promoción de la salud en las acciones de docencia, investigación, así como la actualización profesional.	Contribuir con la población estudiantil en sus prácticas académicas, relacionadas con los temas de salud.
		Incursionar en los proyectos de investigación universitaria vinculada a la salud.
		Fortalecer las acciones de docencia en temas de salud.
4. Evaluación.	Evaluar los diferentes quehaceres de la Unidad de Promoción de la Salud, para la toma de decisiones.	Desarrollar el talento humano en la Unidad de Promoción, que permita y facilite la creatividad, la innovación, el trabajo en equipo y su efectividad en las implementaciones que ejecuta.
		Construir en forma conjunta herramientas de evaluación para UPS.

NOTA: El sombreado es un énfasis dado por esta investigadora.

Fuente: Elaboración propia con base a PAO de la UPS, 2014.

A partir de la tabla 4, se destacan los recuadros sombreados en color gris, que representan los aspectos estratégicos de la UPS en que Bonus Vitae y sus gestores estudiantiles en salud tienen relación directa con el cumplimiento de los objetivos, actividades y tareas. Así también, los recuadros marcados con (\*\*) se consideran aspectos en los cuales los gestores estudiantiles en salud tienen un papel de apoyo y colaboración para el logro de los objetivos.

Así también, cabe destacar que los dos objetivos específicos más ligados al quehacer del proyecto Bonus Vitae son:

- *Desarrollar espacios educativos para el intercambio de conocimiento en la temática de salud.*
- *Formar agentes multiplicadores del mensaje en salud para la comunidad universitaria.*

Ambos objetivos resumen las principales actividades que se llevan a cabo en el marco del proyecto Bonus Vitae, que comprenden las sesiones de capacitación y las sesiones educativas con población estudiantil.

En el Plan Anual Operativo (UPS, 2014) se proponen otras actividades como lo son los cursos y talleres que se ofrecen en temáticas como estilos de vida saludable, manejo del estrés, autocuidado, vida sexualidad y afectividad, ballet y otros talleres para estudiantes becados.

Por último, cabe destacar que si bien Bonus Vitae se consideró como un proyecto hasta el año 2014 y que a partir del año 2015 se visualiza como un programa, la Unidad de Promoción de la Salud no cuenta con un documento formal en el que se presente la planificación estratégica de dicho programa específico (se utilizó el original cambiando la denominación de *proyecto* por *programa*).

## **7.2 Aspectos programáticos según ejes de acción de la Promoción de la Salud**

En la Carta de Ottawa de la OMS (1986) se especifican cinco ejes de acción de la Promoción de la Salud; por lo tanto -con base a la programación de la UPS mostrada anteriormente según el PAO 2014- se procede a hacer una reflexión de la pertinencia de los ejes de trabajo de la UPS con lo planteado teóricamente.

Como primer eje, se encuentra la **elaboración de una política pública sana** (OMS, 1986), el cual coincide exactamente con el primer eje de trabajo de la UPS (ver cuadro 1) al hablar de la *inclusión de la Promoción de la Salud en la gestión política universitaria* teniendo como objetivo *el convencer a las autoridades tomadoras de decisiones sobre la importancia de incorporar la salud en las actividades sustantivas del quehacer universitario*; en este sentido, se está retomando el principio establecido en la Carta de Ottawa al hablar de que “la salud debe formar parte del quehacer cotidiano de aquellos y aquellas responsables de la elaboración de los programas políticos”, en este caso a un nivel de institución de educación superior como lo es la Universidad de Costa Rica.

Como segundo eje, se encuentra la **creación de ambientes favorables** (OMS, 1986), el cual tiene relación con el segundo eje de trabajo de la UPS (ver cuadro 1) sobre *entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad*, pues entre sus objetivos específicos cuenta con *fortalecer el uso eficiente de recursos y su distribución*; con base a éste, se observa la relación con lo especificado en la Carta de Ottawa al mencionar que es necesario destacar que “la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad compartida”, sin embargo, se tiene como un objetivo específico dentro de otro eje de trabajo y no como un eje de acción por sí mismo.

Como tercer eje de acción, se encuentra el **reforzamiento de la acción comunitaria** (OMS, 1986), que tiene relación también con el segundo eje de trabajo de la UPS (ver cuadro 1) sobre *entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad*, pues entre sus objetivos específicos cuenta con *formar agentes multiplicadores del mensaje en salud para la comunidad universitaria*; con base a este, se observa la relación con lo especificado en la Carta de Ottawa al destacar que “la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud”; en este sentido, si bien la acción comunitaria en este caso es con un grupo pequeño de personas, es un primer esfuerzo que vale la pena ser emulado (incluso en la sede de Occidente de la UCR, donde se está implementando el proyecto Bonus Vitae Occidente). Al

igual que en el eje de acción anterior, está visibilizado dentro de la Planificación Anual de la UPS, aunque no propiamente como un eje de trabajo.

Como cuarto eje de acción está el **desarrollo de aptitudes personales** (OMS, 1986), que al igual que los dos anteriores, tiene relación con el segundo eje de trabajo de la UPS (ver cuadro 1) sobre *entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad*, pues entre sus objetivos específicos hace alusión a *desarrollar espacios educativos para el intercambio de conocimiento en la temática de salud* así como *propiciar entornos universitarios que faciliten las prácticas saludables y divulgar estrategias de salud en espacios laborales por medio de los Enlaces OBS*; con base a estos objetivos específicos, se debe mencionar la relación con lo mencionado en la Carta de Ottawa al especificar como obligación el “favorecer el desarrollo personal y social en tanto proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida”; en este sentido, a quienes se les favorece mayormente el desarrollo personal y grupal de estas aptitudes es a los Gestores Estudiantiles en Salud (quienes viven procesos sostenidos de capacitación en temáticas de salud) y de este proceso, las y los estudiantes de la comunidad universitaria reciben acceso a capacitaciones y actividades (las cuales son de tipo puntual, de un solo contacto, según necesidades específicas). Al igual que los tres ejes de acción anteriores, están visibilizados en el Plan Anual de la UPS como objetivos específicos, no como ejes de acción propiamente.

Así también, este desarrollo de aptitudes se visibiliza en el tercer eje de trabajo de la UPS (ver tabla a) sobre *docencia, investigación y actualización en Promoción de la Salud* el cual tiene entre sus objetivos específicos el *desarrollar el talento humano en la Unidad de Promoción, que permita y facilite la creatividad, la innovación, el trabajo en equipo y su efectividad en las implementaciones que ejecuta*; en este sentido, se busca también el desarrollo de aptitudes personales en los profesionales sanitarios de la UPS, para mejorar las intervenciones que realicen en Promoción de la Salud.

Por último, el quinto eje de acción corresponde a la **reorientación de los servicios de salud** (OMS, 1986), el cual se visualiza como un eje transversal en la OBS, pues el simple hecho de que dentro de la Oficina de Bienestar y Salud exista una Unidad de Promoción de la Salud

es una innovación al ampliar la oferta de servicios sanitarios; lo anterior refuerza lo mencionado en la carta de Ottawa al especificar que la reorientación de los servicios de salud es una responsabilidad de la promoción de la salud, pues como se menciona "...todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud, donde se trascienda la mera prestación de servicios clínicos y médicos, sino prestar servicios de manera sensible y respetuosa hacia las necesidades culturales de los individuos". Sin embargo, en la Planificación Anual de la UPS no se plantea como tal algún eje de trabajo relacionado directamente a la reorientación de los servicios sanitarios.

### 7.3 Programación y acciones específicas de Bonus Vitae durante el año 2014

Según Carmona (17 set. 2014), la UPS implementó en el año 2014 nuevas estrategias, acciones y actividades; algunas que eran muy fuertes para la UPS (como las ferias de salud para estudiantes y la feria de salud para funcionarios) durante el 2014 dejaron de realizarse. En este sentido, Bonus Vitae ha tenido también una serie de modificaciones en sus actividades y acciones; por ejemplo, para el segundo semestre del 2014 se tuvo un énfasis en la **capacitación de los gestores en salud** (ver tabla 5) y la planificación para el 2015 (a la cual se le dio relevancia dados los cambios que se avecinan en el grupo de Bonus Vitae, por los cambios en el régimen de horas beca y demás); así también, los estudiantes de Bonus Vitae dan apoyo a actividades de logística de la UPS como por ejemplo con el proyecto "Enlaces", en este caso apoyan con la preparación y distribución del material a funcionarios en el marco de este programa; a pesar de los cambios y modificaciones efectuados, se mantiene la técnica de trabajo en función de "jóvenes enseñando a jóvenes", la cual es la razón de ser de Bonus Vitae.

**TABLA 4. Capacitaciones de los Gestores Estudiantiles en Salud durante el 2014.**

<b>Fecha</b>	<b>Temática de la capacitación</b>
12 de marzo	Sentido de pertenencia a Bonus Vitae
25 de abril	Alimentación Saludable
26 de julio	Alimentación Saludable II (profundización)
18 de octubre	Reunión final y evaluación

Fuente: Elaboración propia con base a entrevista a Shirley Carmona, 17 set. 2014.

Las actividades mencionadas en la tabla 4 corresponden a las llevadas a cabo a lo interno del grupo Bonus Vitae, sin embargo, aparte de éstas se llevaron a cabo dos actividades masivas las cuales fueron: un show de *Stand-Up Comedy* con temática de sexualidad integral y una Figura Humana que se desarrolló en el pretil de la UCR (Carmona, 17 set. 2014); por otro lado se llevaron a cabo actividades específicamente solicitadas por instancias universitarias, como es el caso del convivio y el taller realizado con estudiantes de residencias estudiantiles (lo cuales se detallan al final de este capítulo).

Eventualmente en la UPS se desarrollan **actividades emergentes** (como las actividades solicitadas para estudiantes de residencias estudiantiles), por lo que en el momento que emerge la necesidad se convocan, según la temática solicitada, a algunos miembros de Bonus Vitae para apoyar la logística y ejecución de la actividad solicitada (Carmona, 17 set. 2014), como, por ejemplo, lo solicitado por el grupo de Líderes de Ingeniería o por Residencias Estudiantiles; así también, en el mes de setiembre se realizó una visita a la Sede del Pacífico para una intervención en el tema de salud bucodental, en ese caso, estudiantes miembros de Bonus Vitae (específicamente expertos en el tema de salud bucodental) acompañaron a las compañeras de la UPS encargadas de la visita, llevando a cabo labores de información y educación para la salud.

Para el año 2014 no se manejó un proyecto único, sino que se trabajó sobre todo en la preparación para los cambios y la transición que podría sufrir el proyecto al tener el cierre de cumplimiento de horas beca para 2015, fue un momento de preparación, planificación y reorganización según Shirley Carmona (17 set. 2014).

Cuando la **solicitud de una actividad** llega a manos de la UPS, la misma suele venir de forma directa del grupo interesado (por ejemplo líderes de ingeniería sobre el tema de manejo del estrés) o por solicitud indirecta (por ejemplo residencias estudiantiles) quienes son las jefaturas las que hacen las solicitudes; siempre se comienza por analizar previamente las necesidades existentes en los estudiantes, no es antojadizo; cuando es con estudiantes es más fácil, pues generalmente, poseen las necesidades identificadas y sentidas de forma más certera, mientras que cuando es por jefaturas, la UPS da un acompañamiento para entender

las necesidades antes de planificar la actividad ( a veces hay necesidades que son más de las jefaturas que de los estudiantes). Se realiza una reunión previa, se analiza el porqué de la solicitud, el porqué del interés, momentos viables para la ejecución, horarios, días, todo pensado para que la actividad tenga la mayor convocatoria posible (Carmona, 17 set. 2014).

Cuando son solicitadas las actividades la **convocatoria** la realiza el ente que solicita, según el rango mínimo o máximo que dicta la UPS (casi siempre mínimo 25 estudiantes); la logística, los materiales, los especialistas y la alimentación la cubre la UPS generalmente (Carmona, 17 set. 2014); hay incluso actividades en día sábado, si esto asegura una mayor participación, sobre todo cuando son sesiones de capacitación con estudiantes de Bonus Vitae (pues es más viables que todos y todas puedan llegar y participar en estos horarios).

Según (Carmona, 17 set. 2014), cuando se realizó el *stand up comedy*, por primera vez se realizó una actividad en horas de la noche, justamente para experimentar el desarrollo de actividades en esos horarios y se consideró como una actividad muy exitosa; sin embargo, no es fácil para la UPS hacer estos cambios en los horarios de intervención pues el horario de oficina es una limitante, se considera éste como un reto importante a partir de la ejecución de actividades en el año 2015, lo cual ofrezca mayor y mejor accesibilidad a los usuarios.

Con respecto a la **planificación de las actividades puntuales**, la misma depende de la temática, por ejemplo, si la actividad tiene que ver con salud mental, la planificación y montaje de cronograma se elabora por Shirley Carmona (psicóloga de la UPS) con el apoyo de otros compañeros Pablo y Juan Manuel los cuales representan las temáticas de recreación y arte, las dos estrategias principales de intervención de la UPS; posteriormente, se elabora el cronograma, se discute el papel de los facilitadores de la UPS y de Bonus Vitae según la relación de cada uno con la temática, incluso se considera la posibilidad de hacer una contratación a algún experto, de ser necesario y factible económicamente; continuando con el ejemplo, Shirley Carmona se encarga de la planificación y su validación con otros compañeros de la UPS con el fin de obtener realimentaciones para posteriormente reunirse previo a la actividad y ensayarla según el cronograma; finalmente se ejecuta; si la actividad a realizar es en la temática de nutrición la encargada de liderar todo el proceso es Ana Yancy

Zúñiga y así sucesivamente con todas las temáticas en salud que convergen en la unidad a través de los profesionales y el trabajo interdisciplinario (Carmona, 17 set. 2014).

Según lo mencionado por Carmona (17 set. 2014) algunas actividades ya están planificadas de forma genérica y solamente se le hacen modificaciones y adaptaciones según aspectos como la población meta, lugar de ejecución, tiempo, entre otros; mientras que hay otras actividades que por las características que posee, la planificación se debe llevar a cabo desde cero; en cuyo caso se reúnen los compañeros pertinentes, se crea, se valida, se discute y finalmente se aprueba.

Por ejemplo, durante el año 2014 la UPS trabajó el tema de salud bucodental en todas las sedes y recintos, para lo cual se establecieron una serie de técnicas que buscan el abordaje y visibilización de la importancia del tema, como lo es la elaboración de un *photobooth* (técnica pensaba de forma lúdica y atractiva para acercar a las personas a un stand para información) para luego abordar a la población con las temáticas específicas de cepillado, hilado y uso de enjuague bucal; en este caso, la encargada de la UPS era Fabiola Fernández quien se trasladó a las distintas sedes y recintos a capacitar a las compañeras de oficinas de salud y a los estudiantes que transmiten información a la demás comunidad universitaria; una vez más, el propósito de la actividad fue más allá de hacer solamente el montaje sino que buscó enseñar a la población a hacerlo y ponerlo en práctica dentro de su rutina diaria; cabe destacar que en el caso de la sede del pacífico se formó un grupo de líderes en salud, con la tónica deseada para replicar a nivel de sedes y recintos, pues ellos ya se capacitaron en el tema de liderazgo y posteriormente deseaban incursionar en el tema de salud (Carmona, 17 set. 2014).

Con respecto a las **modalidades**, Carmona (17 set. 2014) menciona que la UPS buscó capacitarse y adquirir experiencia en el manejo de múltiples técnicas como lo son la charla, el taller, el convivio y el uso de *stands*; lo que se pretendió fue que las actividades siempre fueran con un carácter lúdico, participativo e interactivo, claro que sin dejar de lado la información científica y veraz, con sentido y coherencia desde los conceptos de salud y promoción de la salud que rigen la UPS. La modalidad depende mucho de la disposición del tiempo con que se cuente; por ejemplo, si se cuenta con un periodo de tiempo de una o dos

horas se adecúa más la modalidad de charla, si es 3-4 horas puede ser un taller (se destaca que suele ser de mayor impacto que una charla), cuando hay posibilidad de todo el día. una mañana completa por ejemplo, se hace un convivio pues tiene una parte de construcción conjunta, vivencial, experimental.

Quien se encarga de la planificación, con base a ésta elabora una lista de **materiales**, solicita el presupuesto y se procede a comprarlos o adquirirlos; algunos materiales se compran en librerías o supermercados, mientras que, para otros, se contrata a un diseñador; por ejemplo, en una ocasión que se realizó la contratación externa, se recurrió a un diseñador el cual tiene experiencia y tiempo de trabajar para la UPS, luego el diseño pasaba por el visto bueno de la periodista encargada de la imagen de la UPS así como de los requisitos formales que exige la Universidad de Costa Rica (Carmona, 17 set. 2014).

Hasta el año 2014, hubo una **división para el abordaje de las actividades**, donde Fabiola Fernández se encargaba de procesos con funcionarios y Shirley Carmona se focalizaba en la coordinación con estudiantes, siempre con apoyo, asesoría y realimentación de todos los demás compañeros y compañeras de la UPS (Carmona, 17 set. 2014).

En el tema de **evaluación**, la UPS identificó el año tras anterior (2013) que se requería hacer una fuerte inversión, por lo que actualmente hay un grupo de compañeros trabajando en cómo hacer un proceso evaluativo más formal (Carmona, 17 set. 2014); por ahora se evalúa cada actividad de forma predominantemente cualitativa; hasta el 2014, se contó un instrumento con rubros sobre satisfacción, por ejemplo con preguntas como *¿les gustó la actividad? ¿Qué no les gustó? ¿Qué modificarían? ¿Qué recomendaciones tienen?*, incluso a veces sólo piden en una hoja en blanco algún comentario sobre la actividad ya que, según Carmona, los usuarios de los servicios de la UPS suelen extenderse más en aportes personales y libres que cuando se lleva a cabo una evaluación estructurada; así también, se ha intentado llevar a cabo el análisis de estas evaluaciones de una forma mezclada, donde una vez tabulado todo se procede a hacer un comentario o devolución con los compañeros de la UPS que participaron del proceso en específico.

Asimismo, según Carmona (17 set. 2014), los **instrumentos** más estructurados no han tenido buenos resultados pues los profesionales de la UPS han tenido la impresión de que los estudiantes *marcan por marcar*; también se pide lista de asistencia para llevar un control de los usuarios; finalmente, en las reuniones de la UPS se hace una **rendición de cuentas** general de las actividades realizadas.

Se presenta el instrumento de evaluación que se utiliza de forma más frecuente (ver Figura 4), por su carácter amigable para la persona usuaria evaluadora. Cabe destacar que en el instrumento que se utilizaba antes, en el cual se incluían escalas de Likert, se evaluaban principalmente aspectos de la actividad como lo eran: aspectos de la persona facilitadora, contenidos desarrollados, participación de los y las asistentes y metodología (Carmona, 11 mar. 2015).

**FIGURA 4. Instrumento de caritas utilizado para evaluar actividades, Unidad de Promoción de la Salud 2014.**

**Convivio Centros Infantiles Universitarios 9/08/13**

-----Su opinión es muy importante-----

1. ¿Qué le pareció el contenido de la actividad de hoy?

Excelente      Bueno      Regular      Malo

2. ¿Qué le pareció la metodología empleada?  
(Actividades desarrolladas y recursos audiovisuales)

Excelente      Bueno      Regular      Malo

3. ¿Qué opinión tiene del desempeño de las/los  
facilitadores:

Excelente      Bueno      Regular      Malo

4. ¿Cómo percibió la organización y el espacio físico?

Excelente      Bueno      Regular      Malo

5. Su valoración total de la actividad:

Excelente      Bueno      Regular      Malo

6. ¿Se sintió satisfecha/o en la sesión de hoy?

Si      No

Recomendaciones

---

---

---

**¡Muchas Gracias!**

Fuente: Carmona, 10 mar. 2015.

Por último, es importante destacar que generalmente cuando se realizan actividades con población estudiantil, se utiliza el instrumento mostrado en la imagen 1 (el de las caritas), mientras que como evaluación en las actividades propias de Bonus Vitae (como capacitaciones, convivios, entre otras) suelen realizarse de forma más abierta, donde se les solicita escribir en un papel sus opiniones, reacciones y sugerencias de la sesión, dado que con este segundo grupo la participación y elocuencia en la evaluación suele ser más extensa y detallada. Cabe destacar que la UPS analiza los comentarios de los estudiantes a través de una reflexión y discusión posterior, sin embargo, las mismas no son sistematizadas (Carmona, 11 mar. 2015).

#### **7.4 Marco referencial para la intervención desde el Proyecto Bonus Vitae**

Con respecto a la definición de las bases teóricas, se tiene como gran *paraguas* la Promoción de la Salud y un concepto de salud claro, con un enfoque positivo y no desde la enfermedad; a partir de ahí, cada una de las disciplinas que forman parte del equipo de profesionales de la unidad aporta en esa línea, por ejemplo si la temática es de nutrición la que se encarga es Ana Yancy Zúñiga, si es salud mental la que trata de guiar es Shirley Carmona, por lo que las bases teóricas se enfocan desde las disciplinas, siempre tratando de mantenerse bajo el enfoque de la Promoción de la Salud (Carmona, 17 set. 2014).

A nivel de Bonus Vitae, generalmente quienes capacitan a los gestores estudiantiles en salud son los especialistas de la misma UPS, siempre abiertos a la posibilidad de que las y los gestores puedan investigar por su cuenta y traer material científico para discutirlo y verlo en grupo. Generalmente el profesional de la UPS orienta al grupo en cuanto a referencias bibliográficas, autores y se hacen sesiones de grupo para discutir lo leído e investigado para llegar a consensos, esa suele ser la dinámica de la capacitación por grupos de eje temático; se realizan también conversatorios más informales, en los cuales cada uno desde su disciplina acompaña y asesora a los gestores teniendo claro que la salud y la Promoción de la Salud son el norte, siempre respondiendo a las necesidades que exista en la población en este caso universitaria (Carmona, 17 set. 2014).

Desde finales del año tras anterior (2013), la Unidad de Promoción de la Salud ha comenzado a capacitarse con más énfasis en el tema de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), tema que se considera medular en Promoción de la Salud para el estudiar, conocer, comprender y explicar situaciones en salud en las poblaciones, desde entonces se ha venido trabajando a fondo el tema de DSS; para esto, cinco compañeros de la UPS (Saúl Aguilar, Alejandra Marín, Fabiola Fernández, Ana Felicia Solano y Shirley Carmona) se capacitaron durante el 2013 con un diplomado en el Colegio de las Américas (COLAM) a través de la Red de Formación en Determinantes Sociales de Salud. Durante el 2014 se empezó a capacitar a quienes no llevaron el diplomado (que también son miembros de la UPS); posteriormente, se comenzó a capacitar en dicho tema a compañeros de sedes y recintos, con el acompañamiento de la señora Alcira Castillo, por lo que se estuvieron desplazando miembros de la UPS a capacitar a compañeros de sedes y recintos (Carmona, 17 set. 2014).

Según Carmona (17 set. 2014), el mayor aporte de la capacitación emprendida en el tema de DSS (aparte de la actualización e información que facilitó) consistió en que cada una de las personas asistentes de parte de la UPS tuvo que darle un giro al enfoque de los proyectos que coordinan, desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, por lo que el análisis y revisión que se hizo de los proyectos (entre éstos Bonus Vitae) fue sumamente enriquecedor para la UPS.

Al menos en lo referente al proyecto Bonus Vitae, se llevó a cabo una revisión en función de si estaba o no contemplando realmente los determinantes sociales de la salud, ante lo que se encontraron ciertas características que definen la forma de actuar de los miembros de Bonus Vitae; por ejemplo el hecho de que todos los miembros son estudiantes diurnos de la universidad, se está dejando de lado la población nocturna, de posgrados, estudiantes que trabajan de día, entre otros, esto propició que se re pensarán temas como la equidad en los servicios que brindan (Carmona, 17 set. 2014).

### **7.5 Temáticas y contenidos abordados desde el proyecto Bonus Vitae**

Como se mencionó previamente en este capítulo, los gestores estudiantiles en salud del proyecto Bonus Vitae trabajan en función de seis ejes temáticos los cuales son: Alimentación

Saludable, Salud Mental, Sexualidad Integral, Actividad Física y Recreación, Farmacodependencia y Salud Bucodental. Dado que a partir del año 2015 se dejó de trabajar en esta modalidad de grupos de trabajo según ejes temáticos, se consideró importante retomar con los coordinadores de cada uno de éstos ejes los subtemas, contenidos y fuentes o referencias que se han trabajado a través de los años.

Se presenta una tabla con los principales subtemas y contenidos abordados en cada una de las temáticas que se han trabajado, construido con base a información facilitada por los mismos Gestores Estudiantiles en Salud del proyecto Bonus Vitae (para ver el detalle de estas tablas construidas por ellos y ellas, ver Anexo 9).

**TABLA 5. Ejes Temáticos, Subtemas y Contenidos de Bonus Vitae, 2015.**

<b>Eje Temático</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Contenidos</b>
Alimentación Saludable	Lectura de etiquetas	-Grasas trans, azúcares y carbohidratos.
	Tiempos de comida	-Los 5 tiempos de comida que debemos realizar diariamente.
	Grasa y azúcar de los alimentos que consumimos frecuentemente.	-Comidas rápidas y alimentos no tan saludables.
	Meriendas fáciles	-Alimentos diferentes que nos permiten una buena alimentación
Salud Mental	Salud Mental	- Definición - Controversias - Factores psico-sociales que inciden en problemas de salud mental
	Estrés	- Causas - <i>Tips</i> anti estrés - Relajación
	Emociones	- Definición - Tipos - Manejo de emociones
	Manejo del Tiempo	- ¿Cómo invierte usted su tiempo? - Procrastinación - Planificación y organización
Actividad Física y Recreación	Actividad Física	- Beneficios - Mitos - Definición - ¿Cómo hacer actividad física con poco tiempo? - Actividades recomendadas y su tiempos durante el día
	Recreación	- Recreación vrs diversión -Diferencias entre recreación y diversión -Lugares donde realizar actividades recreativas en la U -Concepto de recreación -Actividades que pueden ser consideradas como recreación y al gente por lo general no lo sabe -Beneficios de la recreación
Sexualidad Integral	Componente Biológico	-Anatomía y Fisiología de sistemas reproductores -Respuesta sexual humana -Hormonas sexuales -Menstruación y Ciclo Menstrual
	Métodos Anticonceptivos	-Métodos de barrera -Métodos hormonales -Enfermedades de transmisión sexual
	Género	-Concepto y elementos -Simbolismos -Identidad y rol de género
	Autoestima	-Concepto y niveles -Consecuencias de los niveles

Eje Temático	Subtemas	Contenidos
	Espiritualidad	-Concepto -Relación con preguntar existenciales
	Vínculos Afectivos	-Concepto -Beneficios y efectos negativos -Elección de pareja
	Erotismo	-Concepto -Importancia de los sentidos -Auto erotismo
	Derechos Sexuales y Reproductivos	-Derechos sexuales -Derechos reproductivos -Relación con el diario vivir
	Diversidad Sexual	-Orientación Sexual -Identidad de género
Farmacodependencia	Fumado	Efectos del fumado Humo de segunda y tercera mano
	Alcohol	Efectos del alcohol en el organismo
	Otras drogas (este no se exploto tanto en ferias)	Tipos de drogas Efectos secundarios Síndrome de abstinencia
	Ley antitabaco	¿Qué es la ley? ¿Que estipula? Donde se puede fumar UCR libre de humo de tabaco
Salud Bucodental	Instrumentos de limpieza	Tipos de Cepillo: duro y suave. Hilo dental. Enjuague bucal.
	Técnicas de cepillado e hilado dental	Errores comunes al momento de cepillarse. Técnica correcta de cepillarse los dientes. Mito del uso de hilo dental (encías sangrantes) Aprovechamiento y uso correcto del hilo dental.
	Alimentos	Breve explicación de los alimentos que pueden generar caries más rápidamente. Alimentos carioestáticos y cariogénicos.
	Recomendaciones	Consideraciones a tomar en cuenta en referencia del cepillo dental. Cepillo seco antes de usarse. Lavar el cepillo después de cada uso. Tiempo/vida útil del cepillo.

Fuente: Elaboración propia con base a Anexo 9.

La tabla 5 se considera de suma relevancia ya que previamente no se han llevado a cabo procesos de recuperación de los subtemas, contenidos, técnicas y referencias utilizadas. Cabe destacar que lo presentado implica las temáticas que se han abordado a través de los años desde la formación del grupo Bonus Vitae hasta el año 2014 (último año en que se trabajó bajo esta modalidad).

## **7.6 Descripción programática de actividades evaluadas**

A continuación se presenta una descripción detallada de las actividades que se evaluaron en los apartados 8 y 9, para tener una visión global de en qué consistió la actividad, los objetivos propuestos, las técnicas utilizadas así como materiales y, procesos de cierre y evaluación de los mismos.

### ***7.6.1 Convivio sobre Manejo de Emociones***

#### ***Descripción de la Actividad***

La razón de ser de la actividad surge a partir de una solicitud planteada por la Jefatura de Residencias Estudiantiles, en cuanto a coordinar con la Unidad de Promoción de la Salud una actividad para estudiantes de primer ingreso de Residencias en temáticas de salud. Como prioridades planteadas a partir de las necesidades estudiantiles de Residencias, se determinó iniciar el proceso con el tema de Emociones.

Se trabajó bajo la modalidad de Convivio, con metodologías lúdicas, participativas e interactivas, de manera que se facilitara la incorporación de conocimientos, pero también la adquisición de herramientas prácticas para el manejo de las emociones tanto a nivel personal como en el ámbito estudiantil, contribuyendo de manera positiva a la salud mental de los y las estudiantes.

Como se puede ver en el cronograma (tabla 2), la actividad estuvo a cargo de manera compartida por los y las profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud y la especialista en el tema la Licda. Claire Marie de Mézerville López, Psicóloga.

#### ***Programación del convivio***

A continuación se describe el cronograma original de actividades propias del convivio, así como sus responsables (facilitado por Shirley Carmona).

**TABLA 6. Cronograma de Convivio sobre Manejo de Emociones, UPS 2014.**

 <b>Convivio: Residencias Sede Rodrigo Facio</b> 	
<b>TEMA:</b>	<i>Manejo de emociones</i>
<b>OBJETIVOS:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Determinar junto con los participantes los elementos personales necesarias para el manejo de emociones sobre la base de una autoestima saludable.</i></li> <li>2. <i>Analizar los elementos prácticos de la Inteligencia Emocional para la vida de los participantes.</i></li> <li>3. <i>Establecer estrategias prácticas para el manejo de las emociones en la vida estudiantil y personal.</i></li> </ol>
<b>LUGAR:</b>	<i>Quiosco, Instalaciones Deportivas. UCR</i>
<b>FECHA:</b>	<i>8 de agosto 2014</i>
<b>PARTICIPAN:</b>	<i>60 estudiantes de Residencias Estudiantiles, Sede Rodrigo Facio</i>

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MATERIALES
8:00 am	Desayuno y Bienvenida	Shirley	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Catering</li> <li>➤ Hoja de asistencia</li> </ul>
9:00 am	Integración	Pablo	
10:00 am	Desarrollo del tema en modalidad taller**	Claire Mézerville	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Computadora</li> <li>➤ Video Beam</li> <li>➤ Sonido</li> </ul>
1:00 pm	Cierre y evaluación	Ana Yanci y Ana Felicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hojas blancas</li> <li>➤ Lapiceros</li> </ul>
1:20 pm	Almuerzo	Shirley	Catering

Fuente: Carmona, entrevista personal 17 set. 2014.

\*\*Se presenta la programación a desarrollarse por Claire Mézerville:

- 10:00 a.m. Dinámicas en Círculos: una metáfora sobre la comunicación.
- 10:15 a.m. ¿Qué son las emociones? Trabajo con casos.
- 10:45 a.m. Salud mental e Inteligencia Emocional: los ejes para una vida saludable.
- 11:00 a.m. Discusión en pares o tríos.
- 11:20 a.m. Inteligencia Emocional y Teoría de los Afectos.
- 11:40 a.m. Dinámicas en Círculos: grandes líderes y proceso justo.
- 12:00 m.d. Herramientas para la Inteligencia Emocional: el termómetro, identificando pensamientos automáticos, técnicas de mindfulness.
- 12:30 p.m. Discusión en pares o tríos.
- 12:50 p.m. Evaluación y cierre.

### *Desarrollo del convivio*

Al comenzar la actividad se ofreció a los participantes (50, tres se integraron tarde) un desayuno para compartir, durante el cual se aprovechó para brindar la explicación sobre la dinámica para completar la encuesta sobre EXPECTATIVA y repartir las mismas a todas las personas asistentes.

Una vez finalizada la fase de medición de las expectativas se comenzó con la actividad, para lo cual Shirley Carmona les dio la bienvenida y presentó al equipo de trabajo de la Unidad de Promoción de la Salud; seguido de esto, Pablo Molina realizó varias actividades en busca de la integración del grupo: primero se realizó una actividad rompe-hielo donde a los estudiantes se les pedía que respondieran ante un sonido que él hacía con diferentes sonidos, ante lo cual el grupo respondió positivamente; luego, les pidió a las personas participantes que caminaran por el espacio, sin hacer círculos o formas definidas, les pidió mientras caminaba que hicieran varios ejercicios para expresar sus emociones (como saludarse de forma feliz, luego de forma estresada, luego de forma triste, entre otros).

Posteriormente, comenzó la parte de la especialista Claire Mézerville, quien comenzó con una actividad en círculo, diciendo que la bola que tenía en sus manos era igual a un permiso para hablar y que todos los demás debían escuchar; el primer ejercicio fue pasar la bola e ir diciendo el nombre mientras todos los demás escuchaban y prestaban atención, luego les pidió simplemente pasar la bola haciendo silencio, luego preguntó *¿cuántos se vieron a los ojos cuando pasaban la bola?*, como fueron pocas personas, pidió hacer el contacto visual al pasar la bola; los estudiantes comenzaron a reírse, el verse a los ojos los incomodó un poco y los puso nerviosos.

A continuación se les pidió que todos agarraran una bola, e hicieron dos equipos; se les pidió que por diez segundos todos intentaran mantener la mayor cantidad de bolas posible al lado del otro equipo; luego se les pidió volver a hacer lo mismo pero que antes de tirar las bolitas se debía de establecer contacto visual de forma previa, como un “permiso” para poder tirarle la bola al otro y saber que el otro la iba a recibir.

Luego en el mismo círculo, la psicóloga pidió poner las manos en las rodillas de los dos de al lado, luego en los hombros, luego hacerse masajes y les pidió saludar a los dos de al lado, manteniendo una postura de superioridad, luego como si fueran mejores amigos, luego como si estuvieran felices de que el otro viniera y así otros ejercicios.

Posteriormente, Claire Mézerville les solicitó hacer grupos y poner sus sillas formando círculos en todo el espacio, ya que esta sería la organización para las actividades a continuación. En los grupos, debían debatir sobre si pudieran ser un súper héroe cual serían y porqué; luego de esta discusión, les puso la tarea de hacer un círculo y poner varios aspectos de su vida (familia, actitud, carrera, etc) y colorear de ese espacio la proporción que represente su satisfacción con ese aspecto de su vida, finalmente les pidió discutir en el grupo hablando uno a la vez y escuchando a los demás.

La especialista Claire Mézerville procedió a explicar que las dinámicas de las *bolitas* representan la comunicación, la cual no siempre es buena ni siempre es fácil, pero que es necesaria. A continuación se proyectó un video de la marca *Sprite* el cual tenía como temática las emociones, como lo es el enamoramiento. Esto dio lugar a preguntar al grupo ¿Qué son las emociones? Ante lo cual alguien dijo que son reacciones, conductas, sensaciones; otra persona dijo que son las reacciones que sentimos dependiendo de la situación en la que estemos; por último, alguien más opinó que era una respuesta ante circunstancias, el cómo nuestra mente asimila un problema y reacciona hacia él.

Luego Mézerville aclara que es una respuesta del organismo, y se dan ejemplos de emociones. Se habla sobre la inteligencia emocional, que es la capacidad de decidir cómo controlar las emociones. Hay tres cosas en la inteligencia emocional: 1. Ponerle atención a lo que estoy sintiendo, 2. Entender lo que siento y 3. Reaccionar acerca de lo que siento. Se habla que la emoción tiene niveles e intensidades. Se les pide a los grupos crear una historia de una persona que sienta una cosa pero que demuestra otra.

Los participantes se muestran cómodos, conversan, se muestran en confianza con los grupos de pares con quienes trabajan; hay un grupo que da un ejemplo de los jugadores de póker,

los cuales vayan ganando o perdiendo siempre se mantienen ecuanímenes, así como los casos de mujeres agredidas, y el caso del *bullying*. Se les preguntó si las emociones son diferentes en hombres y mujeres, ante lo cual todos coinciden en que todas las emociones son las mismas, pero la demostración social es definida por los contextos, por donde se cría, la familia y otros elementos. Se habla de que el miedo y la tristeza muchas veces por el contexto social se traducen en enojo, porque la persona siente que no puede permitirse a sentir eso.

· *“Definición de Inteligencia Emocional es la capacidad para reconocer mis sentimientos y los de otros, y actuar en consecuencia.”*

Se entró en el tema de inteligencia emocional y ejes de la salud mental, partiendo de que esto ayuda a mejorar nuestras relaciones interpersonales. Se habló de que existen tres ejes para una vida saludable: autoestima sana (reconozco mis virtudes y mis defectos pero me acepto), el afecto (como estoy yo con los demás, como me relaciones), y el sentido de propósito (que tan realizado estoy con lo que hago, me realizo con lo que yo hago). Luego se les pidió conversar en parejas o tríos, hablar de cómo están ellos en esos tres ejes, para lo cual se dieron 15 minutos.

Luego del receso, se retoma la sesión con los estudiantes con un video sobre la comunicación, luego se analiza un poema del Arzobispo Oscar Romero y posteriormente, Claire pasa a hablar de la Teoría de los Afectos, los nueve afectos. Les pide conversar sobre una experiencia que les avergonzó.

Se habla del compás de la vergüenza y de que cuando algo da pena se reacciona con una de las cuatro opciones: atacar al otro, aislamiento, atacarse a sí mismo y negación. Los participantes dan ejemplos de sus hogares y contextos familiares. Luego, se pide dar ejemplos de cosas positivas que puede provocar el tener vergüenza. ¿Cómo resolver el sentimiento y seguir adelante? Respuesta ante la vergüenza: escuchar lo que la persona tiene que decir, reconocer sentimientos, animar al otro a que hable de su experiencia vergonzosa, enseñarle a escuchar a las personas que ha afectado el otro.

Se habla del liderazgo, y se pide discutir en el grupo una palabra que describa a la persona líder que impactó la vida de cada uno. Se trabaja con un cuadro, para detectar la inteligencia emocional, el cual se presenta resumido en la tabla 7.

**TABLA 7. Tipologías de inteligencia emocional según el grado de control y apoyo hacia los demás.**

+ CONTROL (fijar límites, exigir)	A Punitivo	CON Restaurativo
	NO Negligente	POR Permisivo
- APOYO (estimular, dar afecto) +		

Fuente: Elaboración propia con base a la presentación de Claire Mézerville.

Los participantes hacen preguntas, y dan ejemplos para confirmar que entendieron los conceptos. Luego se les pide conversar en sus sub-grupos sobre una situación en que los trataron de forma injusta, así como conversar específicamente el ¿Qué no hubo? ¿Qué faltó? Luego se habla de los tres principios de un proceso justo: participación, explicación y claridad en las expectativas.

Posteriormente, se habla de las herramientas para la inteligencia emocional: imaginar siempre la emoción medida con termómetro, e intentar bajarle la temperatura a ese termómetro; otro aspecto es con respecto a identificar pensamientos automáticos, a ese pensamiento le hago dos preguntas: por ejemplo ¿es cierto que no voy a pasar ningún curso?, ¿Cuándo pienso eso estudio mejor, me ayuda a estar mejor? También se recomienda tener sentido del humor, reírse de uno mismo, dormir bien, comer bien, hacer actividad física y demás. También se recomienda tener zonas de estabilidad, armonía en la convivencia humana, flexibilidad y metas realistas, preparación cuidadosa para el trabajo.

Para cerrar la sesión, Claire realizó un ejercicio para el relajamiento, con una grabación corta e intentar dar un ejemplo de una técnica de *mindfulness*. Por último, se pasa a llenar la encuesta de PERCEPCIÓN y a cerrar con el almuerzo.

### *7.6.2 Taller sobre Manejo del Tiempo*

#### *Descripción general*

La actividad se llevó a cabo el día miércoles 27 agosto 2014, estaba programada de 6 pm a 9 pm en una de las salas de estudio del edificio de residencias estudiantiles junto a Facultad de Educación. Se contó con un grupo de 43 participantes (de los cuales varios llegaron tarde y no participaron con el instrumento de expectativa, por lo que se les excluyó también del instrumento de percepción). Aparte de las y los estudiantes, se encontraban Alejandra Marín, enfermera de la UPS, Mónica (gestora estudiantil en salud miembro del grupo Bonus Vitae) y el reconocido motivador Milton Rosales.

#### *Desarrollo del Taller*

Se comenzó por explicar sobre el estudio que se estaba realizando, y se solicitó a las y los participantes que llenaran la encuesta sobre EXPECTIVA de satisfacción sobre el taller a desarrollarse.

La actividad comenzó a cargo del motivador Milton Rosales, quien proyectó un video motivacional sobre los comentaristas de fútbol mexicanos hablando del desempeño de Costa Rica y sus principales cualidades vistas en los primeros dos partidos del mundial (Uruguay-Costa Rica e Italia-Costa Rica). Posteriormente, siguió con una comparación entre el desempeño de los jugadores de la selección y las cualidades que tuvo la selección en torno a calidad, talento, orden y disciplina, saber a qué “juegan”, su empeño, así como “no olvidar las raíces” (todos estos conceptos los revisó desde lo que significan y como se aplica en la vida). Luego se proyectó un video turístico de Costa Rica el cual fue promocionado por la Cámara de Turismo y que volvió a Costa Rica más popular incluso en el internet. Por último, cerró con un comentario sobre el esfuerzo, y cómo la actitud es más importante que la aptitud para efectos de lograr las metas.

Posteriormente se pasó a una actividad a cargo de Alejandra Marín, donde en grupos de 10 personas las y los estudiantes debían conversar, presentarse por el nombre, la carrera que estudian, y una alguna fruta que les gustara. El espacio donde se realizó la actividad es muy pequeño para las casi 60 personas presentes en el taller, por lo que el espacio estaba hacinado,

habían muchas personas sentadas en el suelo a pesar de que se procuró dejar libre un paso para la salida. Dado que el espacio se encontraba saturado de personas, las y los estudiantes comenzaron a hablar y hacer bromas sobre lo que se hablaba en el taller, por lo que se tuvo que pedir silencio constantemente.

Posteriormente, Alejandra preguntó a las y los estudiantes ¿qué es salud?, ¿qué debe tener una buena salud mental?, las y los asistentes comenzaron a opinar hasta que llegaron al tema de convivencia. Con respecto a esto, Alejandra les pidió que en la libreta (la cual venía en la carpeta como parte del material facilitado al inicio del taller a cada uno) escribieran una lista de los 10 mejores consejos para convivir en residencias estudiantiles, los cuales darían si pudieran dejar una guía de convivencia ideal a compañeros o compañeras queridas que van a ocupar su lugar en residencias; así como en la parte de atrás escribir 5 reglas de oro para vivir una buena vida, las reglas de una vida que valga la pena vivir.

Las y los estudiantes mencionaron algunas de las reglas que hicieron en las dos listas. Luego se proyectó otro video sobre la procrastinación y cómo luchar contra ésta. En relación a este tema, se hizo un test y la mayoría de las personas presentes obtuvieron resultados alarmantes con respecto a sus hábitos de procrastinación, por lo que se dio paso a relacionar la procrastinación y el autocuidado, específicamente la organización del tiempo, lo cual se considera de suma relevancia como parte de la salud integral de las y los estudiantes.

Se hizo una pausa para la merienda, y en este momento hubo un inconveniente pues muchas de las personas participantes se fueron sin llenar el segundo instrumento de percepción, ya que como el espacio era tan limitado, salieron a comer la merienda fuera de la sala y se fueron del todo de la actividad. Al volver, se hicieron grupos de trabajo y a cada uno de ellos se les dio un *tip* para no procrastinar, a partir del cual debían de hacer algo creativo en un cartel para representar como aplicar el *tip* en su cotidianidad.

Las personas que permanecieron en la actividad se mostraron interesadas por el tema, participativas aunque un poco dispersas, pues la actividad se extendió más de lo esperado y terminó muy tarde (casi a las 10 pm), cabe mencionar que la mayoría se notaban ya cansado

y sin mucha concentración en las actividades del taller. Finalmente, pasaron uno a uno los grupos a exponer sus trabajos creativos y comentarlos con el grupo, Alejandra como representante de la OBS les obsequió a las y los asistentes un organizador de pared para facilitar la organización de su tiempo.

Al final, se llenaron las encuestas sobre PERCEPCIÓN y conforme iban entregando las encuestas llenas podían irse retirando a sus habitaciones.

## APARTADO VIII

### CRITERIO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROYECTO BONUS VITAE

A continuación se presenta el análisis de la satisfacción de los usuarios de las dos actividades evaluadas, tanto el convivio sobre “Manejo de Emociones” como el taller sobre “Manejo del Tiempo”. Se presentan los resultados de dicha evaluación, con base al modelo SERVQUAL y a sus dimensiones: tangibilidad, capacidad de respuesta, responsabilidad, confiabilidad y empatía.

#### **8.1 Análisis de Satisfacción a través de Escala SERVQUAL en el convivio sobre manejo de emociones para estudiantes de residencias**

La primera aplicación de las escalas SERVQUAL se realizó en el convivio realizado para estudiantes de residencias estudiantiles de primer ingreso el día 8 de agosto del 2014. La muestra se conformó por 53 estudiantes (de un total esperado de 60 estudiantes), los cuales completaron las escalas tanto en el momento previo a la actividad (esto con respecto a las expectativas) así como al momento posterior a la actividad (con las percepciones sobre la misma).

Primero, cabe destacar que se presentaron algunos inconvenientes, como lo fue la respuesta en blanco de dos ítems por parte de dos personas diferentes en la primera fase de medición de expectativas de los usuarios. Así también, a pesar de que se hizo hincapié en que la encuesta se componía por ítems ubicados en los dos lados de la hoja, hubo una persona quién dejó los ítems de la parte de atrás de la escala en blanco. Por otro lado, en la escala correspondiente a percepción tan sólo se presentaron dos ítems en blanco, los cuales correspondían a personas distintas a las que dejaron en blanco los ítems en el primer momento de aplicación de la escala. Para efectos del análisis de los datos, cabe destacar que dichos casos los cuales presentaron inconvenientes, fueron excluidos de forma individual, solo el ítem afectado y no la totalidad del cuestionario que contiene dicho ítem.

Una vez aclaradas estas adaptaciones decididas para el análisis, se procede a hacer el análisis de cada uno de los veintidós ítems de la escala según las cinco dimensiones a las que pertenecen y finalmente se presenta un análisis global de la satisfacción de las y los estudiantes con respecto a la actividad. Cabe destacar que cuando se citan los ítems se utilizan dos verbos entre paréntesis a modo de no confundir al lector, ya que el mismo ítem se redacta en futuro (expectativa) y en pasado (percepción) para las dos aplicaciones de la escala.

A continuación, cabe destacar que para mejor lectura de los datos procesados, en los títulos cuando se lee “ACTIVIDAD 1” se hace referencia al convivio realizado.

### 8.1.1 Análisis de satisfacción según elementos tangibles

Con respecto al ítem 1 de la escala, el cual corresponde a “**el sitio utilizado (debe ser/fue) adecuado para el convivio**”, se dieron los resultados mostrados en la Tabla 9, tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 8. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL SITIO ADECUADO PARA LA ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	1
5	4	5	4
6	13	6	14
7	35	7	33
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 1, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 1. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL SITIO ADECUADO PARA LA ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según el Gráfico 1, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3 y de -1; así también en treinta y cuatro casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que sólo en ocho casos la percepción superó la expectativa aunque tan solo en un grado.

Con respecto al ítem 2 de la escala, el cual corresponde a “**La presentación de las personas facilitadoras (debe ser/fue) aseada y apropiada para el convivio**”, se dieron los resultados mostrados en la Tabla 10, tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 9. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	1
5	5	5	0
6	8	6	3
7	39	7	48
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 2, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados

con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación.

GRÁFICO 2. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS FACILITADORAS. ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según el Gráfico 2, se puede observar que en tres casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3 y de -1; así también en treinta y seis casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en trece casos la percepción superó la expectativa en uno y en dos grados.

Con respecto al ítem 3 de la escala, el cual corresponde a “**Los materiales utilizados en el convivio (deben ser/fueron) atractivos visualmente**”, se dieron los resultados mostrados en la Tabla 11, tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 10. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LOS MATERIALES UTILIZADOS Y SU ATRACTIVO VISUAL, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	3	4	2
5	7	5	2
6	18	6	19
7	24	7	29
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 3, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación.

GRÁFICO 3. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LOS MATERIALES UTILIZADOS Y SU ATRACTIVO VISUAL, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según el Gráfico 3 anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3 y de -1; así también en veintitrés casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en diecinueve casos la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Los tres ítems anteriores corresponden a la dimensión de tangibilidad, por lo cual se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los tres ítems (ver Tabla 12).

TABLA 11. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN TANGIBILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 1, 2 Y 3, ACTIVIDAD 1.

Ítem	Promedio de Satisfacción
1	-0,08
2	0,23
3	0,23
<b>Total</b>	<b>0,13</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que a pesar de que un ítem tuvo un promedio de satisfacción deficiente, el promedio global de la dimensión tangibilidad fue mayor que cero

lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron mejores que las expectativas con respecto a los elementos tangibles del convivio.

### 8.1.2 Análisis de satisfacción según fiabilidad

Con respecto al ítem 4 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben respetar/respetaron) el horario de inicio del convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 12. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE INICIO POR PARTE DE LOS FACILITADORES, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	2	4	0
5	3	5	2
6	18	6	11
7	29	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 4, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 4. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE INICIO POR PARTE DE LOS FACILITADORES, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en seis casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y de -1; así también en treinta casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en dieciséis casos la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Con respecto al ítem 5 de la escala, el cual corresponde a “El orden de las actividades del convivio (debe facilitar/facilitó) el logro de los objetivos”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 13. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A SI EL ORDEN DE LAS ACTIVIDADES FACILITA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	1	4	0
5	1	5	1
6	14	6	12
7	36	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 4, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 5. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A SI EL ORDEN DE LAS ACTIVIDADES FACILITA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en siete casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y de -1; así también en treinta y tres casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en doce casos la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Con respecto al **ítem 6** de la escala, el cual corresponde a **“(Se debe disponer/se dispuso) de todos los materiales requeridos para la ejecución de las actividades planeadas del convivio”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

**TABLA 14. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIALES REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, ACTIVIDAD 1.**

<b>Grados de expectativa</b>	<b>Casos por grado de expectativa</b>	<b>Grados de percepción</b>	<b>Casos por grado de percepción</b>
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	3	5	0
6	8	6	9
7	41	7	43
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 6, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo.

Según la gráfica 6, se puede observar que en seis casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta y siete casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en nueve casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

GRÁFICO 6. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIALES REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al ítem 7 de la escala, el cual corresponde a “**Las actividades del convivio (deben ejecutarse/se ejecutaron) según una previa planificación**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 15. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEGÚN PREVIA PLANIFICACIÓN, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Número de casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Número de casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	1	4	0
5	2	5	1
6	12	6	17
7	37	7	34
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 7, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 7. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEGÚN PREVIA PLANIFICACIÓN, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en trece casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y de -2; así también en veintisiete casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en doce casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 8 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben respetar/facilitaron) el horario de finalización del convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 16. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE FINALIZACIÓN, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	1	3	0
4	0	4	0
5	3	5	3
6	15	6	10
7	33	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 8, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados

con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación.

GRÁFICO 8. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE FINALIZACIÓN, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en ocho casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y de -2; así también en treinta casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en catorce casos la percepción superó la expectativa en uno, dos y cuatro grados.

Los cinco ítems anteriores corresponden a la dimensión de fiabilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cinco ítems.

TABLA 17. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN FIABILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 4, 5, 6, 7 y 8, ACTIVIDAD 1.

Ítem	Promedio de Satisfacción
4	0,29
5	0,10
6	0,10
7	0
8	0,17
<b>Total</b>	<b>0,131</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que a excepción de un ítem el cual tuvo satisfacción cero (considerada como neutral, la percepción igualó a la expectativa) los otros cuatro ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción positivos. El promedio global de la dimensión fiabilidad fue mayor que cero lo que demuestra que de forma general las

percepciones fueron mejores que las expectativas con respecto a esta dimensión en el convivio.

### 8.1.3 Análisis de satisfacción según capacidad de respuesta

Con respecto al ítem 9 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben atender/atendieron) todas las consultas que (emergen/emergieron) durante el convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

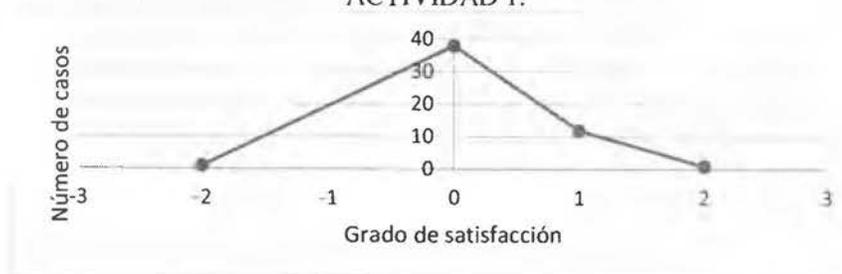
TABLA 18. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODAS LAS CONSULTAS EMERGENTES, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	1
6	15	6	3
7	36	7	48
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 9, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 9. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODAS LAS CONSULTAS EMERGENTES, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en un caso la expectativa superó a la percepción en un grado de -2; así también en treinta y ocho casos la percepción igualó la expectativa inicial: mientras que en trece casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 10 de la escala, el cual corresponde a “**Las personas facilitadoras (deben mantener/mantuvieron) una actitud conveniente durante la ejecución del convivio**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que este es uno de los ítems en que se excluyó un caso por no responder según los requerimientos del instrumento.

TABLA 19. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ACTITUD CONVENIENTE POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS DURANTE LA EJECUCIÓN. ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	0
6	10	6	4
7	40	7	47
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 10, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo.

Según la gráfica 10 que se expone a continuación, se puede observar que en un caso la expectativa superó a la percepción en un grado de -2; así también en cuarenta y dos casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en ocho casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

GRÁFICO 10. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ACTITUD CONVENIENTE POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS DURANTE LA EJECUCIÓN, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al ítem 11 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben mostrar/mostraron) habilidades de comunicación suficientes a lo largo del convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 20. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SUFICIENTES POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	0
6	6	6	2
7	45	7	50
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 11, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 11. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SUFICIENTES POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica 11, se puede observar que en dos casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en cuarenta y tres casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en siete casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 12 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben hacer/hicieron) lo necesario para atender las necesidades de los participantes del convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 21. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS A NECESIDADES DE LOS PARTICIPANTES, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	2	5	1
6	18	6	4
7	32	7	47
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 12, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos

grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 12. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS A NECESIDADES DE LOS PARTICIPANTES, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en cuatro casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en dieciocho la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 13 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben utilizar/utilizaron) técnicas creativas e innovadoras durante el convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 22. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS CREATIVAS E INNOVADORAS UTILIZADAS POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	1	4	1
5	5	5	1
6	14	6	18
7	32	7	32
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 13, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 13. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS CREATIVAS E INNOVADORAS UTILIZADAS POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en catorce casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y de -2; así también en veintitrés la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en quince la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Los cinco ítems anteriores corresponden a la dimensión de capacidad de respuesta, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cinco ítems.

TABLA 23. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA SEGÚN SUS ÍTEMS 9, 10, 11, 12 Y 13, ACTIVIDAD 1.

Ítem	Promedio de Satisfacción
9	0,23
10	0,29
11	0,12
12	0,31
13	0,08
<b>Total</b>	<b>0,204</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los cinco ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción positivos. El promedio global de la dimensión capacidad de respuesta fue mayor que cero lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron mejores que las expectativas con respecto a esta dimensión en el convivio.

#### 8.1.4 Análisis de satisfacción según responsabilidad

Con respecto al ítem 14 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben mostrar/mostraron) conocimientos teórico-prácticos suficientes para llevar acabo el convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que esta es la segunda ocasión en que se excluye un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 24. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	2	5	0
6	19	6	9
7	30	7	42
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 14, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

Según la gráfica 14, se puede observar que en tres casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta y dos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en dieciséis la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

GRÁFICO 14. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al ítem 15 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben estar/estuvieron) atentos a todos los acontecimientos durante el convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que esta es la tercera ocasión en que se excluye un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 25. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODOS LOS ACONTECIMIENTOS PRESTADA POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	1	3	0
4	1	4	0
5	4	5	2
6	20	6	10
7	25	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 15, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 15. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODOS LOS ACONTECIMIENTOS PRESTADA POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en seis casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y -2; así también en veinticuatro la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en veintiuno la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Con respecto al ítem 16 de la escala, el cual corresponde a “**Las respuestas a las consultas (deben ser/fueron) suficientes y oportunas durante el convivio**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que esta es la cuarta ocasión en que se excluye un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 26. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LAS RESPUESTAS A CONSULTAS SUFICIENTES Y OPORTUNAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	0
6	15	6	13
7	35	7	38
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 16, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos

grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 16. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODOS LOS ACONTECIMIENTOS PRESTADA POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en ocho casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta y dos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en once la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 17 de la escala, el cual corresponde a “El comportamiento de las personas facilitadoras del convivio (debe transmitir/transmitió) confianza”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyen dos casos por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 27. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA CONFIANZA TRANSMITIDA EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	0
6	9	6	6
7	40	7	44
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 17, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem. resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 17. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA CONFIANZA TRANSMITIDA EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, CONVIVIO 8 AGOSTO 2014.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en tres casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en cuarenta la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en siete la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Los cuatro ítems anteriores corresponden a la dimensión de responsabilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cuatro ítems.

TABLA 28. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 14, 15, 16 Y 17, ACTIVIDAD 1

Ítem	Promedio de Satisfacción
14	0,40
15	0,58
16	0,21
17	0,37
<b>Total</b>	<b>0,380</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los cuatro ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción positivos, incluso mayores que los de las categorías anteriores. El promedio global de la dimensión responsabilidad fue mayor que cero lo que demuestra que

de forma general las percepciones fueron mejores que las expectativas con respecto a esta dimensión.

### 8.1.5 Análisis de satisfacción según empatía

Con respecto al ítem 18 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben mostrar/mostraron) interés por las necesidades individuales de los participantes del convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyeron tres casos por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 29. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL INTERÉS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS POR LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	8	5	1
6	12	6	7
7	29	7	41
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>TOTAL</b>	<b>49</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 18, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 18. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL INTERÉS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS POR LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en tres casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y -2; así también en veintinueve la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en diecisiete la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al **ítem 19** de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben estimular/estimularon) la participación de los participantes del convivio”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 30. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ESTIMULACIÓN A LOS ASISTENTES A PARTICIPAR, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	7	5	2
6	17	6	12
7	27	7	37
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 19, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan en la tabla 31.

Según la gráfica 19, se puede observar que en seis casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y -2; así también en veintiocho la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en diecisiete la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

GRÁFICO 19. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ESTIMULACIÓN A LOS ASISTENTES A PARTICIPAR, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al ítem 20 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben ser/fueron) flexibles ante necesidades específicas durante el convivio”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción. así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 31. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA FLEXIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE NECESIDADES ESPECÍFICAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	5	5	1
6	14	6	11
7	32	7	39
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 20, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 20. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA FLEXIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE NECESIDADES ESPECÍFICAS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en seis casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta y dos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en trece la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 21 de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben ser/fueron) accesibles durante toda la ejecución del convivio”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

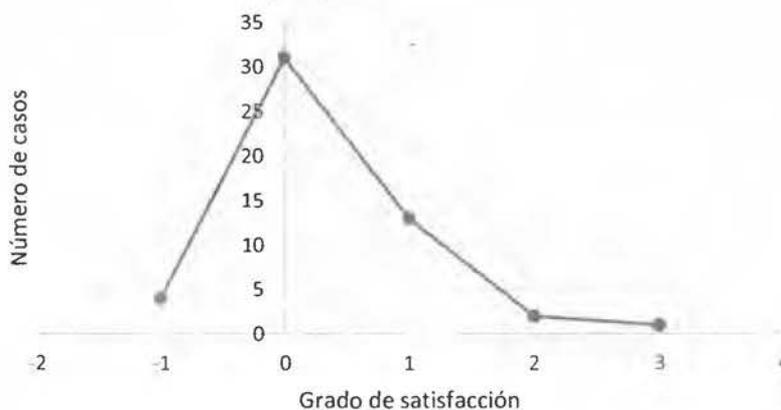
TABLA 32. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	1	4	0
5	3	5	0
6	13	6	6
7	34	7	45
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 21, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 21. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en cuatro casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta y un la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en dieciséis la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Con respecto al ítem 22 de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben mantener/mantuvieron) el equilibrio ante intereses particulares a lo largo del convivio”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 33. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL EQUILIBRIO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE INTERESES PARTICULARES, ACTIVIDAD 1.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	4	5	0
6	13	6	8
7	34	7	43
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 22, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 22. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL EQUILIBRIO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE INTERESES PARTICULARES, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en cinco casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en treinta y un la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en quince la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Los cinco ítems anteriores corresponden a la dimensión de responsabilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cinco ítems.

TABLA 34. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 18, 19, 20, 21 y 22, ACTIVIDAD 1.

Ítem	Promedio de Satisfacción
18	0,29
19	0,42
20	0,35
21	0,44
22	0,38
<b>Total</b>	<b>0,377</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los cinco ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción positivos, incluso mayores que los de las categorías anteriores a excepción de dimensión de responsabilidad. El promedio global de la dimensión responsabilidad fue mayor que cero lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron mejores que las expectativas con respecto a esta dimensión.

### 8.1.6 Satisfacción global de las dimensiones de la escala

A continuación se presenta una tabla comparativa con los resultados del promedio de los grados satisfacción que se presentaron en cada una de las cinco dimensiones de la escala con respecto al convivio.

TABLA 35. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN SEGÚN LAS 5 DIMENSIONES DE LA ESCALA SERVQUAL, ACTIVIDAD 1.

Dimensión	Promedio de Satisfacción
Tangibilidad	0,128
Fiabilidad	0,131
Capacidad de respuesta	0,204
Responsabilidad	0,380
Empatía	0,377
<b>PROMEDIO</b>	<b>0,244</b>

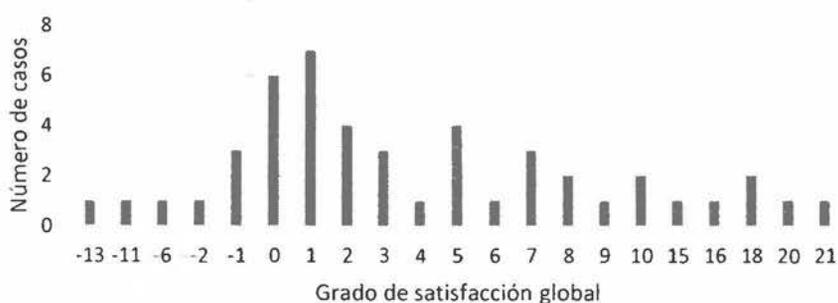
Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla anterior, las cinco dimensiones tuvieron promedios de satisfacción positivos en distintos grados, siendo la tangibilidad el que presentó satisfacción más baja y la responsabilidad la que presentó la satisfacción más alta.

### 8.1.7 Satisfacción global de los casos participantes

A continuación se presenta un balance con los grados de satisfacción global de los participantes del convivio, esto a través de un promedio de los 22 resultados de la fórmula PERCEPCIÓN-EXPECTATIVA, esto correspondiente a los casos (no como antes que se aplicó la fórmula directamente a los ítems y a las dimensiones). Cabe destacar que se excluyeron de este balance los cinco casos que presentaron conflicto en las respuestas brindadas en uno de los ítems.

GRÁFICO 23. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS 22 ÍTEMS, ACTIVIDAD 1.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico anterior, la mayoría de casos están concentrados entre los grados de satisfacción de -1 a 7, lo cual a modo general indica que la actividad generó en sus participantes un grado de satisfacción positivo, con tan sólo un 11% de los casos (cinco de un total de cuarenta y siete) los cuales se puede decir estuvieron insatisfechas con la actividad en distintos grados.

A continuación, cabe destacar que para mejor lectura de los datos procesados, en los títulos cuando se lee “ACTIVIDAD 2” se hace referencia al TALLER realizado.

### 8.2 Análisis de Satisfacción a través de Escala SERVQUAL en el taller sobre manejo del tiempo para estudiantes de residencias

La segunda aplicación de las escalas SERVQUAL se realizó en el taller realizado para estudiantes de residencias estudiantiles de primer ingreso el día 27 de agosto del 2014. La

muestra se conformó por 46 estudiantes (de un total esperado de 40 estudiantes), los cuales completaron las escalas tanto en el momento previo a la actividad (esto con respecto a las expectativas) así como al momento posterior a la actividad (con las percepciones sobre la misma).

Primero, cabe destacar que se presentaron algunos inconvenientes, como lo fue la respuesta en blanco de ocho ítems por parte de una persona en la segunda fase de medición de expectativas de los usuarios. Para efectos del análisis de los datos, cabe destacar que dicho caso el cual presentó inconvenientes, fue excluido de forma individual, solo los ítems afectados y no la totalidad del cuestionario que contiene dicho ítem.

Una vez aclaradas estas adaptaciones decididas para el análisis, se procede a hacer el análisis de cada uno de los veintidós ítems de la escala según las cinco dimensiones a las que pertenecen y finalmente se presenta un análisis global de la satisfacción de las y los estudiantes con respecto a la actividad. Cabe destacar que cuando se citan los ítems se utilizan dos verbos entre paréntesis a modo de no confundir al lector, ya que el mismo ítem se redacta en futuro (expectativa) y en pasado (percepción) para las dos aplicaciones de la escala.

### 8.2.1 Análisis de satisfacción según elementos tangibles

Con respecto al ítem 1 de la escala, el cual corresponde a “**el sitio utilizado (debe ser/fue) adecuado para el taller**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 36. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL SITIO ADECUADO PARA LA ACTIVIDAD, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	1	1	10
2	1	2	7
3	1	3	7
4	1	4	5
5	6	5	6
6	5	6	1
7	31	7	10
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 1, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 24. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL SITIO ADECUADO PARA LA ACTIVIDAD, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en treinta y dos casos la expectativa superó a la percepción en un grado desde -6 hasta -1; así también en nueve casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que sólo en dos casos la percepción superó la expectativa aunque tan solo en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 2 de la escala, el cual corresponde a “**La presentación de las personas facilitadoras (debe ser/fue) aseada y apropiada para el taller**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

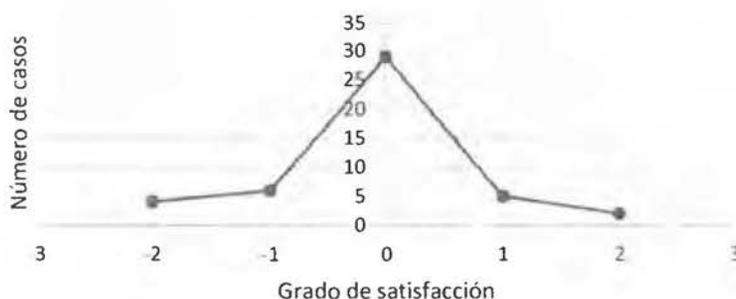
TABLA 37. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	1
5	3	5	3
6	8	6	10
7	35	7	32
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 2, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 25. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA PRESENTACIÓN DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y de -1; así también en veintinueve casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en siete casos la percepción superó la expectativa en uno y en dos grados.

Con respecto al ítem 3 de la escala, el cual corresponde a “**Los materiales utilizados en el taller (deben ser/fueron) atractivos visualmente**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 38. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LOS MATERIALES UTILIZADOS Y SU ATRACTIVO VISUAL, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	2
4	0	4	1
5	3	5	3
6	9	6	12
7	34	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 3, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem. resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 26. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LOS MATERIALES UTILIZADOS Y SU ATRACTIVO VISUAL, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en dieciséis casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3 y de -1; así también en veintidós casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en ocho casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Los tres ítems anteriores corresponden a la dimensión de tangibilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los tres ítems.

TABLA 39. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN TANGIBILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 1, 2 Y 3, ACTIVIDAD 2.

Ítem	Promedio de Satisfacción
1	-2,52
2	-0,11
3	-0,30
<b>Total</b>	<b>-0,98</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los tres ítems tuvieron un promedio de satisfacción deficiente, el promedio global de la dimensión tangibilidad fue menor que cero lo que

demuestra que de forma general las percepciones fueron peores que las expectativas con respecto a los elementos tangibles del taller, generando una insatisfacción.

### 8.2.2 Análisis de satisfacción según fiabilidad

Con respecto al ítem 4 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben respetar/respetaron) el horario de inicio del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 40. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE INICIO POR PARTE DE LOS FACILITADORES, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	2	4	0
5	4	5	4
6	10	6	14
7	30	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 4, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 27. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE INICIO POR PARTE DE LOS FACILITADORES, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en doce casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y de -1; así también en veintidós casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en doce casos la percepción superó la expectativa en uno, dos y tres grados.

Con respecto al ítem 5 de la escala, el cual corresponde a “El orden de las actividades del taller (debe facilitar/facilitó) el logro de los objetivos”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 41. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A SI EL ORDEN DE LAS ACTIVIDADES FACILITA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	2
5	1	5	5
6	13	6	13
7	32	7	26
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 4, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 28. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A SI EL ORDEN DE LAS ACTIVIDADES FACILITA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en catorce casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y de -1; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en siete casos la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 6 de la escala, el cual corresponde a “(Se debe disponer/se dispuso) de todos los materiales requeridos para la ejecución de las actividades planeadas del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 42. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIALES REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	1
3	0	3	0
4	0	4	0
5	0	5	3
6	13	6	13
7	33	7	29
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 6, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 29. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIALES REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en trece casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -5, -2 y -1; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en ocho casos la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 7 de la escala, el cual corresponde a “Las actividades del taller (deben ejecutarse/se ejecutaron) según una previa planificación”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 43. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEGÚN PREVIA PLANIFICACIÓN, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	3
6	14	6	11
7	31	7	32
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 7, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 30. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SEGÚN PREVIA PLANIFICACIÓN, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y de -2; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial: mientras que en once casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 8 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben respetar/facilitaron) el horario de finalización del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 44. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE FINALIZACIÓN. ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	2
2	0	2	0
3	0	3	2
4	0	4	5
5	0	5	3
6	7	6	14
7	39	7	20
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 8, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 31. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL RESPETO POR EL HORARIO DE FINALIZACIÓN, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en veintitrés casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -6, -4, -3, -2 y -1; así también en diecinueve casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que solo en cuatro casos la percepción superó la expectativa en apenas un grado.

Los cinco ítems anteriores corresponden a la dimensión de fiabilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cinco ítems.

TABLA 45. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN FIABILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 4, 5, 6, 7 y 8, ACTIVIDAD 2.

Ítem	Promedio de Satisfacción
4	0,04
5	-0,30
6	-0,24
7	-0,02
8	-1,04
<b>Total</b>	<b>-0,31</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que a excepción de un ítem el cual tuvo satisfacción por encima de cero (considerada como satisfacción positiva, la percepción fue mayor que la expectativa) los otros cuatro ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción negativos. El promedio global de la dimensión fiabilidad fue menor que cero lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron peores que las expectativas con respecto a esta dimensión en el taller, presentando insatisfacción en los participantes de forma general.

### 8.2.3 Análisis de satisfacción según capacidad de respuesta

Con respecto al ítem 9 de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben atender/atendieron) todas las consultas que (emerjan/emergieron) durante el taller”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

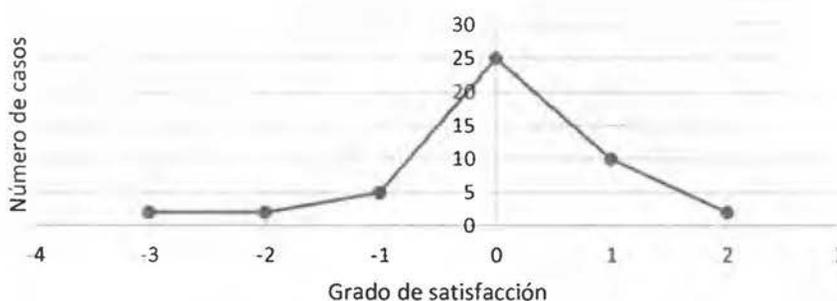
TABLA 46. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODAS LAS CONSULTAS EMERGENTES, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	2
5	3	5	2
6	11	6	8
7	32	7	34
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 9, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 32. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODAS LAS CONSULTAS EMERGENTES, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en nueve casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y -1; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en doce casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 10 de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben mantener/mantuvieron) una actitud conveniente durante la ejecución del**

taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 47. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ACTITUD CONVENIENTE POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS DURANTE LA EJECUCIÓN, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Número de casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Número de casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	4
5	1	5	5
6	4	6	11
7	41	7	26
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 10, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 33. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ACTITUD CONVENIENTE POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS DURANTE LA EJECUCIÓN, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en dieciocho casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y -1; así también en veintiséis casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que solo en dos casos la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 11 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben mostrar/mostraron) habilidades de comunicación suficientes a lo largo del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 48. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SUFICIENTES POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	4
5	0	5	5
6	7	6	11
7	39	7	26
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 11, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 34. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SUFICIENTES POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en once casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y -1; así también en treinta y un casos la percepción igualó

la expectativa inicial: mientras que en tan sólo cuatro casos la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 12 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben hacer/hicieron) lo necesario para atender las necesidades de los participantes del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 49. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS A NECESIDADES DE LOS PARTICIPANTES, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	2	5	6
6	10	6	10
7	34	7	30
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 12, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 35. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN POR PARTE DE LAS PERSONAS FACILITADORAS A NECESIDADES DE LOS PARTICIPANTES, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en trece casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y -1; así también en veinticuatro casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en nueve la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 13 de la escala, el cual corresponde a “**Las personas facilitadoras (deben utilizar/utilizaron) técnicas creativas e innovadoras durante el taller**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

TABLA 50. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS CREATIVAS E INNOVADORAS UTILIZADAS POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	1
4	0	4	0
5	3	5	5
6	7	6	10
7	36	7	30
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 13, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo.

Según la gráfica 36, se puede observar que en once casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -4, -2 y -1; así también en veintiocho casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en siete la percepción superó la expectativa en un grado.

GRÁFICO 36. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS CREATIVAS E INNOVADORAS UTILIZADAS POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Los cinco ítems anteriores corresponden a la dimensión de capacidad de respuesta, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cinco ítems.

TABLA 51. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN CAPACIDAD DE RESPUESTA SEGÚN SUS ÍTEMS 9, 10, 11, 12 Y 13, ACTIVIDAD 2.

Ítem	Promedio de Satisfacción
9	-0,02
10	-0,59
11	-0,24
12	-0,17
13	-0,24
<b>Total</b>	<b>-0,25</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los cinco ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción negativos. El promedio global de la dimensión capacidad de respuesta fue menor que cero lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron peores que las expectativas con respecto a esta dimensión en el taller, resultando en una insatisfacción generalizada por parte de los asistentes.

#### 8.2.4 Análisis de satisfacción según responsabilidad

Con respecto al ítem 14 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben mostrar/mostraron) conocimientos teórico-prácticos suficientes para llevar a cabo el taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos.

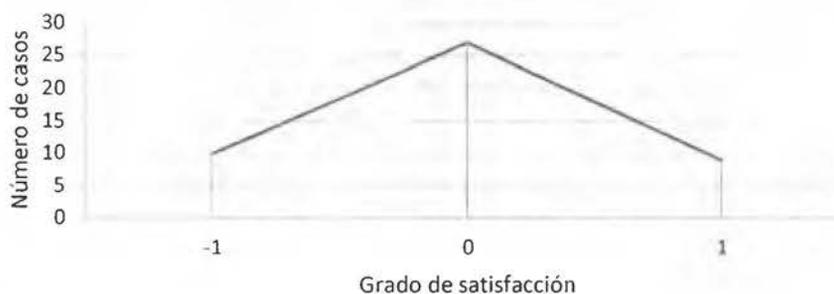
TABLA 52. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	0	5	0
6	11	6	12
7	35	7	34
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 14, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación.

GRÁFICO 37. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1; así también en veintisiete la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en nueve casos la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al **ítem 15** de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben estar/estuvieron) atentos a todos los acontecimientos durante el taller”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia

entre los mismos. Cabe destacar que este es el primer ítem en que se excluye un caso por una anomalía en la respuesta, por lo que el total es de 45 casos.

TABLA 53. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODOS LOS ACONTECIMIENTOS PRESTADA POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	1
5	1	5	2
6	13	6	14
7	31	7	28
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 15, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 38. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODOS LOS ACONTECIMIENTOS PRESTADA POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en once casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y -1; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en nueve la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 16 de la escala, el cual corresponde a “Las respuestas a las consultas (deben ser/fueron) suficientes y oportunas durante el taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que esta es la segunda ocasión en que se excluye un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 54. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LAS RESPUESTAS A CONSULTAS SUFICIENTES Y OPORTUNAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	2	5	4
6	12	6	9
7	31	7	32
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 16, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 39. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ATENCIÓN A TODOS LOS ACONTECIMIENTOS PRESTADA POR LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y -1; así también en veinticuatro la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en once la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 17 de la escala, el cual corresponde a “El comportamiento de las personas facilitadoras del taller (debe transmitir/transmitió) confianza”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que esta es la tercera ocasión en que se excluye un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 55. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA CONFIANZA TRANSMITIDA EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	1
4	0	4	0
5	0	5	2
6	8	6	11
7	37	7	31
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 17, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo.

Según la gráfica 40, se puede observar que en once casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -4, -2 y -1; así también en veintinueve casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en cinco la percepción superó la expectativa en un grado.

GRÁFICO 40. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA CONFIANZA TRANSMITIDA EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Los cuatro ítems anteriores corresponden a la dimensión de responsabilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cuatro ítems.

TABLA 56. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 14, 15, 16 Y 17, ACTIVIDAD 2.

Ítem	Promedio de Satisfacción
14	-0,02
15	-0,24
16	-0,15
17	-0,39
<b>Total</b>	<b>-0,20</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los cuatro ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción negativos. El promedio global de la dimensión responsabilidad fue menor que cero lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron peores que las expectativas con respecto a esta dimensión.

### 8.2.5 Análisis de satisfacción según empatía

Con respecto al ítem 18 de la escala, el cual corresponde a **“Las personas facilitadoras (deben mostrar/mostraron) interés por las necesidades individuales de los participantes del taller”**, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así

como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso más por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 57. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL INTERÉS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS POR LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	3	5	2
6	16	6	13
7	26	7	30
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 18, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 41. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL INTERÉS DE LAS PERSONAS FACILITADORAS POR LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en ocho casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y -2; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en doce la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

Con respecto al ítem 19 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben estimular/estimularon) la participación de los participantes del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que esta es otra ocasión en que se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 58. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ESTIMULACIÓN A LOS ASISTENTES A PARTICIPAR, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	0	5	5
6	14	6	7
7	31	7	33
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 19, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 42. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ESTIMULACIÓN A LOS ASISTENTES A PARTICIPAR, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -1 y -2; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en diez la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 20 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben ser/fueron) flexibles ante necesidades específicas durante el taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 59. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA FLEXIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE NECESIDADES ESPECÍFICAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	0	5	3
6	13	6	9
7	32	7	33
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 20, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 43. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA FLEXIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE NECESIDADES ESPECÍFICAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en diez casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y -1; así también en veinticuatro casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en once la percepción superó la expectativa en un grado.

Con respecto al ítem 21 de la escala, el cual corresponde a “**Las personas facilitadoras (deben ser/fueron) accesibles durante toda la ejecución del taller**”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 60. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO A LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	1	5	5
6	8	6	10
7	36	7	30
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 21, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo.

Según la gráfica 44, se puede observar que en catorce casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -2 y -1; así también en veinticinco casos la percepción igualó la expectativa inicial; mientras que en siete la percepción superó la expectativa en uno y dos grados.

GRÁFICO 44. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO A LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS FACILITADORAS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al ítem 22 de la escala, el cual corresponde a “Las personas facilitadoras (deben mantener/mantuvieron) el equilibrio ante intereses particulares a lo largo del taller”, se dieron los siguientes resultados tanto en expectativa como en percepción, así como la diferencia entre los mismos. Cabe destacar que en esta ocasión se excluyó un caso por no haber contestado según los requerimientos del instrumento.

TABLA 61. NÚMERO DE CASOS SEGÚN GRADO DE EXPECTATIVA Y PERCEPCIÓN CON RESPECTO AL EQUILIBRIO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE INTERESES PARTICULARES, ACTIVIDAD 2.

Grados de expectativa	Casos por grado de expectativa	Grados de percepción	Casos por grado de percepción
1	0	1	0
2	0	2	0
3	0	3	0
4	0	4	1
5	0	5	5
6	13	6	8
7	32	7	31
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración propia.

En este ítem 22, tomando de forma global la diferencia de PERCEPCIÓN – EXPECTATIVA, se parte de que resultados menores a 0 corresponden a personas insatisfechas en distintos grados con este ítem, resultados iguales o mayores a 0 corresponden a personas satisfechas en distintos grados con respecto al mismo. Estos se detallan a continuación,

GRÁFICO 45. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL EQUILIBRIO DE LAS PERSONAS FACILITADORAS ANTE INTERESES PARTICULARES, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica anterior, se puede observar que en nueve casos la expectativa superó a la percepción en un grado de -3, -2 y -1; así también en veintinueve casos la percepción igualó la expectativa inicial: mientras que en siete la percepción superó la expectativa en un grado. Los cinco ítems anteriores corresponden a la dimensión de responsabilidad, por lo cual a continuación se presenta un balance global de esta dimensión según el promedio de los resultados de satisfacción de los cinco ítems.

TABLA 62. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN DE LA DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD SEGÚN SUS ÍTEMS 18, 19, 20, 21 y 22, ACTIVIDAD 2.

Ítem	Promedio de Satisfacción
18	-0,04
19	-0,15
20	-0,15
21	-0,33
22	-0,30
<b>Total</b>	<b>-0,196</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según el balance anterior, se muestra que los cinco ítems de esta dimensión presentaron grados de satisfacción negativos. El promedio global de la dimensión responsabilidad fue menor que cero lo que demuestra que de forma general las percepciones fueron peores que las expectativas con respecto a esta dimensión.

### 8.2.6 Satisfacción global de las dimensiones de la escala

A continuación se presenta una tabla comparativa con los resultados del promedio de los grados satisfacción que se presentaron en cada una de las cinco dimensiones de la escala con respecto al convivio.

TABLA 63. PROMEDIOS DE SATISFACCIÓN SEGÚN LAS 5 DIMENSIONES DE LA ESCALA SERVQUAL, ACTIVIDAD 2.

Dimensión	Promedio de Satisfacción
Tangibilidad	-0.978
Fiabilidad	-0.313
Capacidad de respuesta	-0.252
Responsabilidad	-0.201
Empatía	-0.196
PROMEDIO	-0.388

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla anterior, las cinco dimensiones tuvieron promedios de satisfacción negativos en distintos grados, siendo la tangibilidad el que presentó satisfacción más baja y la empatía la que presentó la satisfacción más alta a pesar de ser menor a cero también.

### 8.2.7 Satisfacción global de los casos participantes

A continuación se presenta un balance con los grados de satisfacción global de los participantes del convivio, esto a través de un promedio de los 22 resultados de la fórmula PERCEPCIÓN-EXPECTATIVA, esto correspondiente a los casos (no como antes que se aplicó la fórmula directamente a los ítems y a las dimensiones). Cabe destacar que se excluyó de este balance el caso que presentó conflicto en las respuestas brindadas en uno de los ítems.

GRÁFICO 46. CASOS SEGÚN GRADOS DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS 22 ÍTEMS, ACTIVIDAD 2.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico anterior, la mayoría de casos están concentrados entre los grados de satisfacción de -41 a -1, lo cual a modo general indica que la actividad generó en sus participantes un grado de satisfacción negativo, con tan sólo un 31% de los casos (catorce de un total de cuarenta y cinco) los cuales se puede decir estuvieron satisfechas con la actividad en distintos grados.

### **8.3 Análisis Integrado de Satisfacción a través de las dimensiones de la Escala SERVQUAL**

A continuación se presenta un análisis que busca integrar y analizar de forma comparativa el taller y el convivio evaluados, según los distintos promedios de satisfacción global de las cinco dimensiones de la Escala SERVQUAL.

Con respecto a la **tangibilidad**, en el taller realizado esta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global negativo de **-0,978** (con promedios negativos en las tres preguntas que la componen); por otro lado, en el convivio que se realizó ésta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global positivo de **0,128**, con un promedio de satisfacción negativo solo en una de las tres preguntas que la componen, compensado por las dos preguntas restantes con un promedio mayor positivo. Se considera de interés prestar especial atención a esta dimensión en las entrevistas que se realicen a las personas que asistieron al taller, para indagar posibles razones de esta insatisfacción en la totalidad de la dimensión de la escala.

Con respecto a la **fiabilidad**, en el taller realizado esta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global negativo de **-0,313** (con promedios negativos en las cinco preguntas que la componen); por otro lado, en el convivio que se realizó ésta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global positivo de **0,131**, con un promedio de satisfacción positivo en cuatro preguntas y de cero en otra. En este caso, se considera de interés indagar en las respuestas de las entrevistas realizadas a quienes asistieron al taller sobre esta insatisfacción manifestada en la evaluación negativa de la totalidad de las preguntas de la dimensión, al igual que en la dimensión anterior.

Con respecto a la **capacidad de respuesta**, en el taller realizado esta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global negativo de **-0,252** (con promedios negativos en las cinco preguntas que la componen); por otro lado, en el convivio que se realizó ésta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global positivo de **0,204**, con un promedio de satisfacción positivo en las cinco preguntas que la componen. Una vez más, se considera de interés indagar a través de las entrevistas semi-estructuradas a quienes asistieron al taller la razón de esta insatisfacción en la totalidad de ítems de la dimensión, como se dio también en las dos dimensiones anteriores.

Con respecto a la **responsabilidad**, en el taller realizado esta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global negativo de **-0,201** (con promedios negativos en las cuatro preguntas que la componen); por otro lado, en el convivio que se realizó ésta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global positivo de **0,380**, con un promedio de satisfacción positivo en las cuatro preguntas que la componen. En esta cuarta dimensión vuelve a emerger la necesidad de indagar a través de las entrevistas a las personas participantes del taller sobre las razones de esta insatisfacción en la totalidad de ítems de la dimensión.

Con respecto a la **empatía**, en el taller realizado esta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global negativo de **-0,196** (con promedios negativos en las cinco preguntas que la componen); por otro lado, en el convivio que se realizó ésta dimensión tuvo un promedio de satisfacción global positivo de **0,377**, con un promedio de satisfacción positivo en las cinco preguntas que la componen.

En este último apartado se hace evidente la insatisfacción demostrada con respecto al taller a través de la escala en sus cinco dimensiones. Por otro lado, se destaca la satisfacción hacia el convivio realizado partiendo de sus cinco dimensiones con promedios globales de satisfacción positivos.

## **APARTADO IX.**

### **EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL PROYECTO BONUS VITAE**

Una vez abordadas las dimensiones de la satisfacción (Apartado XIII), se considera de suma relevancia complementar los resultados obtenidos a través de la escala SERVQUAL. Por lo cual se entrevistó a cuatro de los estudiantes que asistieron a las actividades evaluadas. Así también, se realizó un grupo focal con los miembros clave de Bonus Vitae y con el personal sanitario de la Unidad de Promoción de la Salud. Se considera fundamental conocer si el perfil de expectativas en estos tres niveles es similar, pues esa similitud es medular a la hora de que los miembros de Bonus Vitae y el personal sanitario de la UPS puedan satisfacer a los usuarios y usuarias de los servicios.

A continuación, se presenta el perfil de las expectativas para cada una de las dimensiones de satisfacción según el modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988), según los tres grupos indagados. Así también, se indagó el perfil de expectativas para algunos otros elementos globales y específicos también propios de la satisfacción, como lo son los factores formadores de expectativas.

Cabe destacar que en este apartado se desarrollan los objetivos específicos 4 y 5 presentados en el marco metodológico. Los mismos se abordan de forma conjunta para facilitar el análisis y dar una visión global del perfil de expectativas investigado.

#### **9.1 Descripción global sobre la expectativa de satisfacción**

A la hora de preguntar a las distintas personas participantes en este estudio sobre la expectativa a grandes rasgos que se tenía de momento previo al taller o convivio, se obtuvieron una serie de respuestas variadas. Para empezar, se encontraron resultados como “yo lo que pensé fue que me iban a decir algunas recomendaciones de cómo llevar una vida mejor o algo así” (Estudiante 1, 5 nov. 2014); así también, otro de los estudiantes entrevistados expresó:

Tal vez la expectativa que tenía era otra charla normal, como otras que he asistido en la universidad, solo me invitaron a llegar y lo hice, no sabía para lo que iba, pero generalmente las charlas de la u todas son muy diferentes. Supongo que de haber sabido que tenía un tema motivacional hubiera ido con una expectativa muy positiva...

(Estudiante 2, 5 nov. 2014)

Por otro lado, otra de las estudiantes entrevistadas manifestó "...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" (Estudiante 3, 3 nov. 2014) y por último, se contó con una expectativa de satisfacción global positiva, la cual consistió en "...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).

Por otro lado, en relación a la expectativa global de satisfacción de los usuarios presente en los facilitadores, se procede a describir la misma en dos niveles: desde el punto de vista de los miembros de Bonus Vitae y de los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud.

Durante el grupo focal con los coordinadores de ejes temáticos de Bonus Vitae, se expresaron varias frases en relación a la satisfacción general, como por ejemplo "las expectativas de la gente eran nulas porque ni siquiera sabían a lo que iban" (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015); así también, se expresó "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" (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015), otro de los coordinadores mencionó "los chicos no sabían a que 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 Bonus Vitae, 31 mar. 2015) y por último, se mencionó también que "cuando hacíamos las actividades la gente en realidad no tenía expectativas" (Coordinador 3 Bonus Vitae, 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 de satisfacción. Ahora se

procederá a describir como se visualiza desde los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud.

Para empezar, se mencionó que “quieren aprender cosas nuevas, cosas muy prácticas y de una forma diferente” (Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015); por otro lado, se mencionó también la imagen que ya tiene la UPS en cuanto a la provisión de servicios diferenciados, como se nota a continuación:

En realidad una de la 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 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015)

Por otro lado, también se menciona la posibilidad de dividir a los estudiantes en dos grupos, al exponer que se cuenta con “los que ya conocen el trabajo de la unidad... también los que no conocen nada, entonces más bien vienen esperando a ver que pueden aprender porque tienen una buena utilidad y creo que pueden salir muy satisfechos” (Profesional 3 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015), mientras que más bien otro de los profesionales presenta una opinión sobre tres grupos:

...un primer grupo de personas que efectivamente vienen porque quieren aprender un tema dado... está un segundo grupo que van 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 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015)

Lo anterior se ve confirmado con la opinión expresada por otro de los profesionales de la UPS, el cual se refirió a la expectativa global de satisfacción de la siguiente manera “muchos que llegan no saben ni tiene idea de que es promoción de la salud... entonces llegan solo a ver de qué les vamos a hablar... como viene marcado por el “salud” entonces típico piensan en consulta, servicios y demás” (Profesional 5 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Tomando en cuenta las posturas de las tres partes, se evidencia que existe una noción compartida en los tres grupos de que a veces no hay una expectativa clara o definida, pues muchas veces no se tiene ni siquiera un referente; así también, es importante destacar que se nota un punto de encuentro también en el hecho de que los estudiantes muchas veces 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 a la Promoción de la Salud. Por último, es importante tomar en cuenta también lo mencionado por el estudiante 2 y el profesional 5, al referirse a una expectativa basada en una postura tradicional no solo de la salud, sino en cuanto a las técnicas a utilizar (rígidas y magistrales).

## **9.2 Expectativas para Comunicaciones Boca-Oído**

A continuación se presentan los resultados obtenidos al preguntar sobre las comunicaciones boca-oído que se dieron de momento previo al taller o convivio. Se obtuvieron una serie de respuestas variadas, como lo manifestó uno de los estudiantes al referirse a la expectativa en relación a la vinculación social con otras personas miembros de residencias estudiantiles, “nos dijeron que era una forma de conocernos entre nosotros, yo conocía a pocos ahí, tengo dos meses en residencias y cuando fue la actividad venía llegando” (Estudiante 1, 5 nov. 2014); por otro lado, también se refirió a este formador de expectativa de la siguiente forma “no estaba tan ansioso pero si tenía curiosidad, no sabía de qué podía tratar, solo sabía que era de horas beca y que tenía que ir, ni sabía que era de algo de salud” (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

Así también, otro de los estudiantes simplemente mencionó “no me acuerdo” (Estudiante 3, 3 nov. 2014); mientras que el último se refirió a la comunicación boca-oído de la siguiente forma “...me emocioné, me gustó, de hecho cuando doña Sandra nos dijo que íbamos a hacer eso, digamos todo mundo se emocionó, porque era algo diferente, entonces era algo como más interactivo...” (Estudiante 4, 3 nov. 2014).

Con respecto a los resultados obtenidos durante el grupo focal con los miembros de Bonus Vitae, al preguntar por las comunicaciones boca-oído, uno de los miembros de Bonus Vitae se refirió a este formador de expectativa de la siguiente forma “en las ferias...en realidad la

mayoría que se acercaban a los puestos si acaso de 10, 3 se llevaban el mensaje y los demás estaban por pura curiosidad de ver que se les iba regalar porque les contaban que regalábamos cosas” (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015), lo cual fue confirmado por otro de los coordinadores al mencionar “la manera en que nosotros lográbamos explotar un poco más la participación era siempre poniéndonos en lugares de paso entonces la gente que pasaba pensaba ¡que chiva! y luego le contaba a sus amigos y amigas que allí había gente regalando cosas o hablando de tal tema...” (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, otro de los coordinadores mencionó “la mayor parte de la gente que llegaba ahí era como a ver que, o llegaban a preguntar ¿qué es esto? entonces uno comenzar a hablarles...cuando llegaba un grupo, siempre había uno como que impulsaba a los demás a ir o alguno que decía que perezca mejor no y todo el grupo se iba” (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015); así también se rescata la reacción común de decir “...¿y aquí que regala? eso es lo principal o ¿por qué no me da 2, uno para mí y uno para mi amiga?... también influye negativamente si escuchan que uno no estudia algo de salud” (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por último, con respecto a los resultados generados al preguntar sobre el formador de expectativa comunicación boca-oído a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud, se contó con respuestas como “veo que tal vez algunos dicen: ¡mirá, está este taller, o está este convivio y es de la gente de Promo! y se emocionan entonces ya ahí hay algo avanzado en la comunidad estudiantil sobre nuestro trabajo” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015); así también, se menciona que:

Hemos tenido la experiencia de que más bien nuestras actividades han sido de boca en boca que los chicos se transmiten y casi siempre son buenos comentarios y hacen que otros venga, y en muchos casos incluso cuando participan dicen que fue superior a la expectativa que traían del comentario que les hicieron.

(Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015)

Los anteriores comentarios de la UPS denotan que se cuenta con una amplia seguridad de que así como la divulgación de la mayoría de sus actividades es a través del medio “de boca

en boca”, se cuentan con comentarios positivos en general que promueven la participación de los y las estudiantes.

Tomando en cuenta que los estudiantes de residencias estudiantiles entrevistados eran de primer ingreso, es posible que no conocieran sobre el trabajo de la Unidad de Promoción de la Salud; sin embargo, los comentarios dados por este grupo entrevistado evidencian que de momento previo a la actividad de la UPS accedieron a poca información al respecto. lo cual impactó la expectativa según este formador de expectativa (factor que se mencionó en cuanto a la escasa divulgación de la actividad hacia los y las estudiantes por parte de la contraparte coordinadora en Residencias Estudiantiles). Por otro lado, los comentarios brindados por los miembros de Bonus Vitae, denotan su amplia experiencia en el trabajo en ferias, sin embargo, no hacen alusión a otros tipos de actividades como talleres o convivios, dado que durante el año 2014 no tuvieron una participación tan activa en los mismos.

### **9.3 Expectativas para Necesidades Personales**

Posteriormente, se indagó sobre el segundo elemento formador de expectativa, el conjunto de necesidades personales que poseen los y las participantes de las actividades de Promoción de la Salud. En lo que respecta a las necesidades personales, se dieron comentarios como “tal vez en la parte de alimentarme, no sé, se me ocurren tantas cosas así... es que yo como así cualquier cosa, entonces ahí pueden decir cosas que uno no sepa de cómo comer bien” (Estudiante 1, 5 nov. 2014) refiriéndose a su necesidad de tener apoyo para mejorar hábitos alimenticios; así como otro estudiante mencionó “Ninguna, porque ni sabía que era de salud” (Estudiante 2, 5 nov. 2014) lo cual denota la poca divulgación o encuadre realizado en el momento previo de su ejecución.

Así también, otro de los estudiantes mencionó “no sé de qué se puede tratar, pero usualmente a uno le gusta que le den datos o cosas que uno no sabe... le gusta que le den cosas diferentes, que uno no sepa” (Estudiante 3, 3 nov. 2014) posteriormente mencionó que en el taller sobre manejo de emociones fue muy frustrante el que les pasaran hablando de cosas que ya conocían, que en esos talleres deberían hablarse de cosas más nuevas o interesantes. Por último, el cuarto estudiante entrevistado manifestó que:

...para poder terminar de conocerme a mí misma, de saber bien que me gusta, que no me gusta, como poder responder hacia impulsos y cosas así. entonces ya para poder descifrar ciertas cosas que antes tenía así como confusas y poder convivir digamos con mi familia, con mis amigos, de una manera ya diferente.

(Estudiante 4, 3 nov. 2014)

Así también, al entrevistar al respecto a los coordinadores del proyecto Bonus Vitae, se mencionó por ejemplo que “en el tema de sexualidad...el hecho de no saber el concepto o tener una idea diferente o darse cuenta de que hay más de lo que se puede hablar esas experiencias previas son las que hacen que lleguen a ver que hay nuevo o como contrastarlo con lo que ya yo sé y hago” (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015); así también, otro mencionó que “los estudiantes están deseando que les hagan cosas diferentes y divertidas...ya están aburridos de solo charlas o una feria donde solo les choreen información” (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por último, los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud se refirieron a las necesidades personales en temas específicos como mencionó uno de ellos “yo lo que he notado es que los temas de sexualidad, manejo del estrés, manejo del tiempo, tal vez esos tres son los que están muy en la mente, en el imaginario de los estudiantes” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015), e incluso yendo más allá otro de los profesionales mencionó:

...creo que las necesidades manifestadas si están muy muy relacionadas con su contexto académico y que es a raíz de esta relación que llegan a los talleres o a las actividades con bastante expectativa de cómo afrontar esos determinantes que no solo les afectan la vida académica sino la vida en general.

(Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015)

Así también, se enfatizó en la necesidad identificada en los estudiantes por acceder a información desde lo práctico, pues las necesidades van más hacia el “¿cómo hago esas recomendaciones?”. por lo que debe responder a una recomendación muy práctica más allá de lo general sino en el marco de la cotidianidad (Profesional 1 Unidad de Promoción de la

Salud, 17 nov. 2015); esta reflexión realizada por los profesionales de la UPS cerró con “claro vienen y tienen contenido teóricos que nosotros aportamos pero al mismo tiempo se nota que quieren visibilizar a través de sus participación eso que tal vez la teoría no tiene, pero que el día a día les enseña” (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Según lo expuesto anteriormente por las tres partes. se puede observar que en primer lugar, está claramente visibilizado que las necesidades personales de los estudiantes (en este caso) hacen que las actividades en Promoción de la Salud tengan que ir más allá, tener un factor interesante, sorpresa que lo desligue de lo tradicional y de lo usualmente realizado en actividades como talleres o ferias de salud. Así también, queda claro que tanto los estudiantes, como los coordinadores y los profesionales de la UPS tienen en cuenta que lo que se trabaje en las actividades de Promoción de la Salud debe contemplar la practicidad de los conocimientos producidos, así también como estar planteado en función del bagaje que poseen los usuarios en este caso los estudiantes, partiendo de su cotidianidad y su experiencia de vida.

#### **9.4 Expectativas para Experiencias Previas**

En lo que respecta a las experiencias previas, es muy interesante las posiciones encontradas por parte de los tres grupos entrevistados. El primero de los estudiantes entrevistados se refirió a las experiencias previas diciendo que “bueno, en los colegios, nos hablaban de cosas similares, pero tal vez como qué hacer o no hacer para evitar algunos tipos de enfermedades, primero que nada como por todo lado hablaban de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida sobre contagio y así, en otras sobre dieta saludable y cosas así” (Estudiante 1, 5 nov. 2014); por otro lado, otro de los estudiantes se refirió a las experiencias previas de una forma más general durante su experiencia universitaria, mencionando que:

...si llego a una charla a un auditorio bien grande ya sé que va a ser una charla con un orador al frente, muy estructurada, seria... algunas hasta caen en lo aburrido, a veces hay otras que no son aburridas y la persona que la da es muy buena, pero no es lo usual. Me ha tocado también ir a charlas al aire libre y esas siempre tienen mucho didáctico... no necesariamente lo mejor, pero siempre suelen ser

buenas y así en un salón tan pequeño es la primera vez que voy, ni sabía cómo era el lugar.

(Estudiante 2, 5 nov. 2014)

Mientras que otro de los estudiantes mencionó que no se acordaba, pues siempre le daban información pero que la mayoría de las veces ni siquiera la leía, pero que se acordaba que muchas veces eran datos (Estudiante 3, 3 nov. 2014); así también, el cuarto estudiante entrevistado mencionó “fui una vez a uno (taller) de primeros auxilios y a varios que hacían en el cole sobre todo de aseo e higiene. También nos habían dado uno para controlar el estrés, pero creo que nada más, o al menos no me acuerdo de más”. Con los estudiantes, al preguntar sobre cómo sus experiencias previas les definían su satisfacción, las respuestas se quedaron más en la parte descriptiva de dichas experiencias, sin relacionar cómo influían su satisfacción, a pesar de que la pregunta se les enfatizó de tres formas distintas en tres ocasiones.

En cuanto a los coordinadores de Bonus Vitae, uno de los coordinadores se refirió a las experiencias previas de la siguiente manera:

...el eje de sexualidad es la vida, pero la gente, como es un tema tabú, precisamente es más complicado que la gente llegue ahí, pero también el hecho de que sea un tema tabú hace que la gente sienta curiosidad para llegar a ver que hay y a preguntar de su experiencia o a querer ver que hay nuevo o como se usa, por ejemplo pasa con métodos anticonceptivos.

(Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015)

Así también, se hizo referencia a las experiencias previas de carácter magistral y más tradicional, al expresar uno de los coordinadores que “en realidad yo creo que la gente siempre espera que sea una charla aburrida como algo aburrido van con esa idea de que uno trata de explicarlo de una manera diferente como juegos o actividades entonces a la gente le cambia la percepción de lo que traen” (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por último, los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud mencionaron con respecto a las experiencias previas “...tratamos que sean lo más distantes posibles de la metodología tradicional, entonces cuando llegas a hablarle a la gente por ejemplo de

sexualidad, ya la gente viene predispuesta a que va a recibir lo mismo...infecciones de transmisión sexual y uso del condón” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015), quien también mencionó que generalmente las personas que ya han participado en una experiencia educativa de las mencionadas (tradicionales) usualmente no vienen abiertos sino que más bien llegan con una actitud negativa, este miembro de la Unidad de Promoción de la Salud destacó que es ahí donde entran ellos en el proceso para enganchar a los usuarios y cambiarles la forma de verlo.

Otro de los miembros de la UPS agregó que la mayoría de experiencias previas se basan en “una concepción muy desde lo biológico de lo que es salud, esperan hablar de enfermedad más que de salud y metodologías desde lo magistral, meramente informativo y no educativo, aburrido, mucho también desde la relación de un experto dando información y punto. no viviéndolo” (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015); a lo que otro de los miembros de la UPS agregó que muchas veces los estudiantes vienen con información y conocimientos muy sesgados porque son obtenidos de fuentes poco confiables como es la internet, depende mucho también de los accesos que tengan a fuentes de información y la calidad de las mismas (Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Lo anterior se vio confirmado cuando otro miembro de la unidad comentó que “la gente tiene muchos mitos todavía, muchas ideas que aún no se han logrado tal vez satisfacer y la forma como nosotros lo abordamos pues si lo logra satisfacer” (Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por otro lado, otro de los profesionales de la UPS mencionó que hasta donde la Unidad se ha enterado, la mayoría de estudiantes que son usuarios de los servicios de Promoción de la Salud han manifestado satisfacción con respecto a las experiencias previas con respecto a “...la metodología y los temas que se abordan y la forma en que se hace, el espacio que se les da... que hay un poco de atención a los detalles que requieren, entonces ellos salen con una expectativa satisfecha, sobrepasada y muy a gusto” (Profesional 3 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Se observa como hay una coincidencia en los tres grupos, al especificar que las experiencias previas a nivel de salud en general suelen estar más limitadas a técnicas tradicionales y magistrales, con propósitos en su mayoría preventivos. Sin embargo, cabe destacar que los profesionales de la UPS se refirieron a experiencias previas de los estudiantes con la unidad, aunque para efectos de este trabajo, los estudiantes que participaron en las actividades evaluadas, en su mayoría, no habían tenido un previo contacto con la Unidad de Promoción de la Salud, por lo que no se pueden comparar las experiencias previas en relación a los servicios brindados por la UPS.

### **9.5 Expectativas para Comunicaciones Externas**

Como último aspecto formador de expectativa se encuentran las comunicaciones externas, las cuales al igual que los otros formadores de expectativa, se evaluó en los tres grupos participantes de este estudio.

El primer grupo entrevistado, estudiantes, manifestaron frases en relación a las comunicaciones externas, como por ejemplo que “fue con Sandra nada más, y solo (hablé) con otra muchacha... e igual no hablábamos mucho con nadie más, y los dos no conocíamos sobre de qué era la actividad” (Estudiante 1, 5 nov. 2014) lo cual denota en este caso un desconocimiento total de la actividad; lo anterior se vio reforzado por otro de los estudiantes, quien manifestó “tal vez lo único que hablamos fue como -uy ojalá que no sea aburrida- pero así como un comentario muy ligero, ninguno tenía una idea concreta de que era o que esperar” (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

Por el contrario, a diferencia de los comentarios expuestos previamente, otro de los estudiantes entrevistados expresó que:

...todos íbamos muy felices y emocionados por el taller, doña Sandra nos dijo que iba a estar muy bonito, entonces todos iban emocionados porque iba a ser un rato para convivir todos y aprender cosas nuevas, y como que todos estábamos muy dispuestos a participar en el taller entonces no hubo así como un comentario que me indispusiera, más bien me motivó ver a todos así.

(Estudiante 4, 3 nov. 2014)

Por otro lado, los gestores estudiantiles manifestaron en relación a este aspecto formador de expectativa que este tenía un componente importante relacionado al factor sorpresa, como lo expresa uno de ellos al decir “por ejemplo la propaganda antes de las ferias... explicaba que íbamos a hacer en la feria pero no explicaban del todo la información... dejaban a la gente con dudas para que luego fueron a la feria, se dejaba en expectativa o cosas a la imaginación” (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Así también, otro de los gestores estudiantiles de Bonus Vitae manifestó que

Desde la parte institucional, la universidad no ha hecho divulgación. Por ejemplo era más una cuestión de boca a boca, *osea* nosotros o la misma gente de la unidad, de hecho la publicidad así como en la página o por parte de la u casi nunca se hacía. Algunas veces habíamos hecho eventos en Facebook pero igual tampoco eres una convocatoria grande.

(Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015)

Por último, los especialistas de la Unidad de Promoción de la Salud también manifestaron como ellos perciben la posición de los usuarios determinada por este factor formador de expectativa. Uno de ellos relató el caso del taller sobre Manejo del Tiempo, donde el espacio estaba sobre saturado de gente y hubo estudiantes que tuvieron que sentarse incluso en el piso, el espacio era reducido y costó tener la atención de todas y todos los asistentes; en este sentido, el profesional de la UPS manifestó “...el intermediario es sumamente importante, si hace una gestión que pueda entorpecer como el hecho de que todos puedan estar sentados, se te puede echar a perder para algunos el aprovechamiento de la actividad” (Profesional 3 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Lo anterior se refuerza con la posición expuesta por otro de los profesionales de la UPS, al mencionar que el intermediario es el equivalente a la primera cara que los usuarios ven de la unidad, entonces el hecho de saber cómo se realiza y se desarrolla ese contacto es algo que también es prioritario para el desarrollo de la actividad en sí, pues la expectativa también se ve afectada (aumenta o se reduce) según la actitud o la voluntad involucrada en el proceso de convocatoria (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Otro de los profesionales en salud de la UPS mencionó en relación a experiencias previas relacionadas con las comunicaciones externas que en algunas ocasiones “el contacto que teníamos no fue lo suficientemente -efectivo y por lo tanto los talleres se cayeron” (Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por último, otro de los miembros de la UPS recalcó el hecho de que incluso a veces su papel radica en orientar las expectativas de los mediadores, dado su fuerte impacto (positivo o negativo); también se toma en cuenta el descartar las situaciones en que “la solicitud venga desde sus necesidades y no las de su grupo digamos... por lo que nos toca sensibilizar y orientar esa necesidad para que no sea una cuestión de beneficio personal, sino realmente sensibilizando el concepto de necesidad y de colectivo” (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

En resumen, a pesar de que dos de los estudiantes manifestaron no tener una idea clara o expectativa sobre de qué se iba a tratar la actividad, al comparar esta situación con las respuestas de los miembros de la UPS se confirma la importancia del contacto mediador, pues el mismo tiene un papel protagónico y activo en la formación de la expectativa en los usuarios. Así también, aunque las respuestas de los facilitadores de Bonus Vitae se inclinan hacia la visualización en eventos como ferias de la salud, tienen claro que la convocatoria es fundamental, aunque esta no sea realizada de forma oficial o con muchos recursos. Se le da mucha importancia a lo que se dice y la información a la que los usuarios acceden de momento previo al taller.

## **9.6 Expectativas en relación a los Elementos Tangibles**

La primera dimensión para conocer satisfacción en las personas usuarias corresponde a los elementos tangibles. Esta dimensión se indagó en los tres grupos en estudio en esta investigación, a continuación se presentan los resultados de lo que ellos y ellas consideran que es el perfil básico para satisfacer en relación a los elementos tangibles.

El primer estudiante entrevistado manifestó que para él, la presentación de los expositores era importante, también mencionó el uso del proyector y la organización como tal de la

actividad, la cual para él no debe ser nada aburrida; por otro lado, mencionó que el tamaño de las instalaciones debe ser amplio (Estudiante 1, 5 nov. 2014). Por otro lado, otro de los estudiantes manifestó que en su experiencia con el taller de manejo del tiempo, lo que le influyó positivamente fueron en sí los encargados, pues a pesar de que se dieron limitaciones en aspectos como el espacio -pequeño y caliente-, el desempeño de los oradores fue sobresaliente; también mencionó que las técnicas utilizadas fueron sumamente didácticas y el uso de los materiales fue acertado pues “no eran excesivamente largas, ni muy cortas como para llenarlas tan rápido sin leer, ni eran de esos test aburridísimos, entonces el material fue fluido con la actividad” (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

Otro de los estudiantes entrevistados manifestó en relación al convivio, que el lugar fue muy apropiado y que recordaba el uso del proyector, así como el uso de las bolitas para los juegos; este estudiante menciona que en su caso no recordaba mucho sobre la presentación de los facilitadores, por lo que tal vez este no fue un aspecto que definió su satisfacción (Estudiante 3, 3 nov. 2014). Por último, el cuarto estudiante entrevistado mencionó que le gustó particularmente el contar –en el convivio- con un espacio muy amplio, donde se podían hacer actividades afuera en el aire libre; considera que fue bueno no pasar solo metidos en el edificio recibiendo la información, así también, en relación a los materiales se refirió a ellos de la siguiente manera:

El equipo que usaron me pareció divertido, muy chiva la actividad de las pelotitas... me acuerdo más de un video que nos pusieron, me pareció que estuvo bien el video, estuvo muy bonito, interesante y provechoso.

(Estudiante 4, 3 nov. 2014)

En relación a las instalaciones, uno de los miembros de Bonus Vitae mencionó que al menos con las ferias, fue una mejora cualitativa que se llevaran las mismas a las facultades y a los pasillos, pues el espacio era más familiar para los y las estudiantes y era más fácil el acceso a los servicios (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Así también, otro de los coordinadores mencionó que una de las cosas más importantes a nivel de Bonus Vitae es siempre buscar maneras de trabajar y materiales que sean llamativos, que no fuera algo que

los usuarios fueran a desechar unos minutos después (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015); lo anterior fue reafirmado por otro de los miembros de Bonus Vitae quien mencionó que “cada vez que iba a haber una actividad (feria) nos preguntaban que íbamos a necesitar, entonces se elaboraba una lista de materiales para cada actividad” lo cual es fundamental para contar con todos los recursos necesarios a disposición del usuario (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, en relación a la presentación de los facilitadores, otro de los coordinadores rescató la importancia de estar siempre identificados pues la UPS les facilita camisetos o chalecos para identificarlos visiblemente como Bonus Vitae (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Por último, se mencionó también que al menos en el eje de Sexualidad Integral siempre se tenía un exceso de materiales, lo cual siempre resultaba en algo positivo pues la mayoría de las personas asistentes a las actividades querían interactuar, preguntar o al menos solo observar los materiales que contaban para trabajar el tema de sexualidad (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud también se refirieron a esta dimensión de la actividad, empezando por el hecho de aclarar que al pensar en el recurso que se le va a entregar a la persona usuaria, se piensa ante todo en calidad, por lo que siempre los recursos son bien pensados y elaborados con dedicación (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Lo anterior se confirmó por otro de los profesionales al mencionar que “al menos todos lo que son materiales los hacemos muy orientados hacia las necesidades de los estudiantes y no al gusto personal, hay cosas que a mí no me gustan pero a los estudiantes resulta que eso es lo que les gusta y entonces funciona” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Así también, otra de las profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud se refirió al tema de espacios e infraestructuras utilizadas de la siguiente forma:

La parte de infraestructura creo que es una de las partes más complicadas, por el tipo de metodologías que utilizamos, muchas veces nos ha pasado que estábamos haciendo talleres y llegan y nos

callan, porque a la par hay clases. O a veces para poder sacarlos a un área verde se nos pueden dispersar mucho, entonces en la infraestructura tratamos de hacer lo mejor posible con lo que tenemos pero es una realidad que no podemos cambiar verdad.

(Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015)

Así también, otro de los profesionales de la UPS mencionó que sin embargo a veces este espacio para la ejecución se ve mucho más limitado pues depende de la persona intermediaria; a veces a pesar de insistir con el intermediario y dejar claras las condiciones necesarias para desarrollar la actividad, depende más del con qué cuenta esta persona intermediaria y se tienen que enfrentar y adaptar a situaciones como la que se dio en el taller, en el cual el espacio no cumplía con las condiciones solicitadas pero de todas formas hay que desarrollar la actividad (Profesional 5 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

A pesar de lo anterior, se mencionó que la unidad siempre trata de adaptarse y trata de adaptar en la medida de lo posible la metodología al lugar. para que más bien el lugar sea un aspecto beneficioso y no un obstáculo (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud. 17 nov. 2015).

Se puede notar que en relación a los elementos tangibles existe una coincidencia en cuanto a la relevancia del espacio donde se desarrollan las actividades, pues todos los grupos coinciden (de forma más explícita los estudiantes y los profesionales de la UPS) en que los espacios deben ser amplios, aptos para la cantidad de personas participantes a pesar de que no siempre se tenga absoluto control o poder decisión en relación al espacio a utilizar. En el caso de los miembros de Bonus Vitae, la opinión sobre las instalaciones físicas está más ligada al desarrollo de actividades masivas tipo feria, no se denota una opinión a actividades de tipo taller o convivio, lo cual puede estar relacionado a que su fuerte ha sido en la ejecución de ferias y durante el año 2014 no tuvieron un papel protagónico en la oferta de servicios de la UPS a diferencia de en los años anteriores.

También se hizo referencia a los materiales utilizados, los cuales se demostró gracias a la opinión de los estudiantes entrevistados, que son acordes a la población meta y que cumplen bien con el propósito original. Lo anterior coincide con lo manifestado por los profesionales

de la UPS a la hora de plantearse los materiales, así como lo mencionado por los miembros de Bonus Vitae al tratar de pensar las actividades de forma diferente y llamativa para los jóvenes.

### **9.7 Expectativas en relación a la Confiabilidad**

Como segunda dimensión para conocer la satisfacción en las personas usuarias se encuentra la confiabilidad. Al igual que las anteriores, esta dimensión se indagó en los tres grupos en estudio en esta investigación, a continuación se presentan los resultados de lo que ellos y ellas consideran que es el perfil básico para satisfacer en relación a la confiabilidad.

El primer estudiante entrevistado, manifestó que sinceramente no recordaba exactamente los contenidos que se desarrollaron en el convivio, aseguró también que sabía que era algo sobre salud pero que no recordaba el qué (Estudiante 1, 5 nov. 2014). Otro de los estudiantes entrevistados manifestó que “si dieron muy buenas tácticas de aprovechamiento del tiempo o para administrar el tiempo, siento que si algo de ahí no funcionaba tenía mucho que ver con la disposición del que escuchaba... si yo quería aplicarlo claro que iba a dar resultados, sonaban muy profesionales” (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

Por otro lado, otro estudiante menciona que la *capacidad para realizar el servicio prometido* es algo ajena para los y las estudiantes, “pues nunca nos dicen a qué vamos entonces uno no sabe que esperar... Lo único que nos dicen es tienen que ir a convivio y talleres para cumplir las horas entonces uno no sabe. Ni siquiera recuerdo que los del taller explicaran antes de empezar de qué se iba a tratar” (Estudiante 3, 3 nov. 2014). El último estudiante entrevistado manifestó que en realidad sentía que si se habían cumplido las expectativas iniciales, pues el manejo del tema fue bueno y se cumplieron los objetivos, incluso lo reafirma con el pensamiento que tuvo al terminar la sesión, “sí es cierto, tengo que hacerlo, debo mejorarlo” (Estudiante 4, 3 nov. 2014).

Así también, los coordinadores de Bonus Vitae se refirieron a la confiabilidad como dimensión de la satisfacción. Al respecto, se mencionó que en ocasiones ellos como facilitadores en Promoción de la Salud no tienen mucha credibilidad con los estudiantes de

la universidad por no estudiar carreras del área de salud; en este sentido, rescatan el hecho de que en todas las sesiones siempre cuentan con la presencia de uno o todos los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud, lo cual refuerza los conocimientos y el profesionalismo que se trata de transmitir a la población universitaria (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Otro de los estudiantes coordinadores de Bonus Vitae mencionaba que a pesar de que esta desacreditación les pasaba frecuentemente, ellos trataban de manejarlo de la mejor forma posible; en caso de tener preguntas o inquietudes de las cuales desconocen, siempre acuden a los profesionales de la UPS ya sea en el momento de la actividad, o refiriendo al estudiante a las oficinas de la UPS para hablar con un especialista; el estudiante considera que era respuesta oportuna y personalizada mejora la confiabilidad que ellos como facilitadores desarrollan en los usuarios (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, uno de los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud manifestó que el cumplir con el servicio prometido también se logra al usar recursos que permiten la organización y planificación, como por ejemplo la matriz educativa, la cual contempla la agenda, mantiene fijo el objetivo de la actividad, visibiliza los materiales a utilizar, por lo que menciona que es más cumplir con lo prometido si se planifica de forma adecuada (Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Si bien como menciona otro profesional de la UPS “nunca llegamos a improvisar...aunque tenemos la capacidad de sentir cómo está el grupo, y si lo consideramos oportuno, hacemos modificaciones o incluir más actividades pues se hace”; se menciona que si bien se planifica todo, también se prevean posibles situaciones emergentes, y si se da algo no previsto, la planificación es lo suficientemente flexible como para adecuar la actividad; así también, se mencionó la importancia de contar con un control cruzado de los procesos de planificación, pues “la planificación no le toca a una sola persona, casi siempre son parejas o tríos que están diseñando (una actividad), entonces es bueno porque la otra persona te aporta otra visión” (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

También se hizo referencia a la importancia de facilitar información lo más objetiva posible, para lo cual otro de los profesional de salud mencionó que “...por ejemplo el tema de sexualidad (hay gente que lo trabaja) desde su cosmovisión y si está impregnado de asuntos religiosos pues lo imparte desde esa visión”, en cambio se menciona que en la UPS son rigurosos en el sentido de que su pensamiento individual no debe interponerse con lo que se debe presentar a los usuarios (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud. 17 nov. 2015).

Aunado a esto, se puntualizó la importancia de manejar información actualizada, precisa y científica, pues al estar en un espacio universitario, “la población meta es académica y por lo tanto es crítica, sumamente exigente, no entonces no se puede llegar con un mensaje que no tenga un fundamento” (Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). También es importante que como menciona otro de los profesionales, siempre deben tener a la disposición de los participantes la información que se usa de base, pues muchas veces se acercan a pedir las fuentes de información o de referencia y es más fácil tener material que pasarles por correo o a través de un dispositivo USB (Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Se puede observar que algunos estudiantes hablaron de la confiabilidad en términos más generales como el “profesionalismo” demostrado por los facilitadores y la pertinencia de los temas abordados, tanto así que de verdad llamó la atención para contemplar la posibilidad de aplicarlo en la cotidianeidad; mientras que también se presentó el caso en que un estudiante participante aseguró que no se sabe que esperar si no se tiene un punto de referencia en relación a la expectativa.

Por otro lado, llama la atención que los miembros de Bonus Vitae se refieran a su posicionamiento frente a los estudiantes como con poca credibilidad, aunque es importante que esta situación se contenga con la presencia de los profesionales de salud para poder 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 credibilidad aunque a un nivel más profundizado, al hablar de elementos como 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 y el tener que adecuar los planes previos.

### 9.8 Expectativas en relación a la Responsabilidad

La tercera dimensión para conocer la satisfacción en las personas usuarias es la responsabilidad, la cual también se indagó en los tres grupos en estudio en esta investigación, a continuación se presentan los resultados de lo que ellos y ellas consideran que es el perfil básico para satisfacer en relación a la responsabilidad.

El primer estudiante manifestó que “las personas que expusieron ahí fueron amables. entonces yo me sentía bien, de poder dar la opinión que tenía respecto al tema; yo digo que tenían dominio sobre lo que hablaban y se les entendía bien” lo cual denota que los aspectos citados son fácilmente percibidos por los usuarios (Estudiante 1, 5 nov. 2014).

El segundo estudiante entrevistado, manifestó una respuesta sumamente positiva en relación a la responsabilidad percibida con respecto al desarrollo de la actividad y los facilitadores, expresándolo como “...a mí me encantó, se veían seguros, sabían lo que hacían, nadie llegó a improvisar... nos saludaron a todos, lo mejor fue que al final perfectamente pude acercarme a los organizadores a despedirme y la cordialidad fue muy buena, muy abiertos” (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

Por otro lado, otro de los estudiantes entrevistados rescató aspectos como la manera en que los facilitadores impartieron las charlas y las actividades, considerándola “interesante y fluida”, incluso se refirió a las actividades *rompehielo*<sup>16</sup> del inicio, las cuales fueron realizadas “de formas distintas a como se realizan normalmente, más movidas, más divertidas”; también se considera importante que para este estudiante, los facilitadores inspiraron confianza, al mencionar que “uno los veía y son de ese tipo de personas que le dan respeto porque se nota que saben lo que están haciendo” (Estudiante 3, 3 nov. 2014).

---

<sup>16</sup> Actividades o dinámicas que se realizan al inicio de una actividad para que los participantes se relajen, se conozcan mejor (en caso de no conocerse) o entrar en más confianza y comodidad con el facilitador (es).

Otro de los estudiantes mencionó que otro de los aspectos importantes dentro de la dimensión de responsabilidad era que “todos se veían personas confiables... uno puede acercarse a hacerles una pregunta, que ellos si van a tener ese momentito para contestarle”, lo anterior aunado al hecho de que se notaba que estaban dispuestos a ayudar si alguien así lo ocupaba (Estudiante 4, 3 nov. 2014).

A nivel de Bonus Vitae, se considera que una forma de mostrar el conocimiento y la cortesía que implica la responsabilidad como dimensión de la satisfacción, es cuando se parte del conocimiento y de las prácticas de las personas; para esto, se menciona el eje de salud bucodental, en el cual para trabajar temas como el lavado de dientes, uso de hilo dental y otros, se partía de lo que los participantes podían contar sobre datos y formas prácticas para hacerlo: se considera que de esta forma inspiran más confianza pues se considera al participante pero se refuerza con la teoría y la parte científica (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por último, varios de los estudiantes de Bonus Vitae mencionaron que ellos y ellas también trataban de inspirar confianza al transmitir seguridad en los contenidos que manejaban, siempre reconociendo los límites y vacíos de conocimiento, los cuales siempre eran canalizados a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

En el grupo de profesionales en Promoción de la Salud, se menciona que en relación a este elemento por lo general tienen comentarios y evaluaciones positivas pues muy rápido logran que los estudiantes “se enganchan con uno, porque aunque a uno lo ven mayor ya cuando uno entra en conversación y como uno se les baja al mismo nivel, o trata de hacerlo, eso permite que ellos se abran mucho”; también este profesional menciona que ellos como UPS deben lidiar todos los días con la timidez de los estudiantes (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Así también, otro de los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud mencionó que “nosotros no llegamos imponiendo ni diciendo que somos los que más sabemos, sino que

queremos también saber qué saben ellos y como se sienten, entonces de repente ya estamos comunicándonos”, lo que evidencia el trato horizontal que se trata de mantener, a pesar de tener información por comunicar a los estudiantes, lo cual mejora la actitud en que los estudiantes reciben esta información y participan en la construcción del conocimiento durante una sesión (Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Otra de las profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud manifestó que si bien se busca siempre tener un trato horizontal en las sesiones educativas, hay una persona específica en la UPS que no posee ese trato amable y horizontal con los estudiantes; recaló el hecho de que “si hay como un poco de roses, pero eso no se puede obviar, no se puede callar, no todo es como color de rosa verdad, sino que también tenemos esa particularidad” (Profesional 8 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Así también, se mencionó que para transmitir esa responsabilidad, es relevante la ética al trabajar, aparte de que ya de por sí a los miembros de la UPS “nos gusta lo que hacemos, tratamos siempre de ir al frente lo más cómodos posible... no vamos desde el lugar de los grandes conocimientos”: esta profesional reconoce que a veces es mejor admitir que no se tiene esa información, y comprometerse a investigarla en detalle antes que decir una mentira o inventar un dato (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Se puede observar que para los estudiantes, en cuanto a esta dimensión destacan aspectos como la amabilidad y cordialidad, así como la libertad de sentir que podían acercarse a los profesionales a aclarar sus dudas, consideraron a los facilitadores como personas con conocimientos en el tema.

Mientras tanto, a nivel de Bonus Vitae la responsabilidad se ve reflejada según aspectos como tomar en cuenta los conocimientos previos de los usuarios, así como mostrar seguridad en cuanto a los contenidos temáticos que manejan, sin embargo, mencionan que es sumamente importante reconocer sus limitaciones en cuanto a vacíos o temas desconocido, esto se considera como responsabilidad 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 como 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. También, los profesionales de la UPS reconocen la importancia de reconocer los límites en cuanto a conocimiento como parte de ser responsables y que los usuarios confíen en ellos.

### **9.9 Expectativas en relación a la Capacidad de Respuesta**

Como cuarta dimensión para conocer la satisfacción de los usuarios, se encuentra la capacidad de respuesta. Se estudió esta dimensión en los tres grupos de interés, para indagar el ideal de cómo se debía satisfacer a los estudiantes en relación a la capacidad de respuesta ideal.

El primer grupo indagado corresponde a los estudiantes. En este sentido, el primer estudiante entrevistado manifestó que para estar satisfecho en relación a la capacidad de respuesta, “...hizo falta más interacción entre los participantes, porque lo que más se escuchaban eran los que estaban exponiendo” (Estudiante 1, 5 nov. 2014). Por otro lado, otro de los estudiantes manifestó que relacionaba a la capacidad de respuesta con “siento que pensaron en todo y lo suplieron bien”, sobre todo en relación a los materiales e insumos utilizados en la sesión (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

Otro de los estudiantes comentó con base a la capacidad de respuesta, refiriéndose específicamente a la capacidad de atender y solventar dudas, como lo manifestó de la siguiente manera “se aplicó a todo el convivio porque ellos estaban pendientes de nosotros, yo creo que reaccionaban bien porque preguntaban si había dudas y las respondían” (Estudiante 3, 3 nov. 2014).

Los gestores estudiantiles en salud por otro lado, se refirieron a la capacidad de respuesta de al mencionar que generalmente conocen de previo las dudas e información que desean obtener los estudiantes usuarios; uno de los gestores afirma que “con la experiencia es que

uno sabe más o menos las preguntas que a la gente le gusta hacer, entonces generalmente ya uno está preparado, y si es algo muy específico ya uno ve a quien le puede pedir ayuda de la UPS” (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Así también, con respecto al deseo de ayudar a los demás, otros de los coordinadores de Bonus Vitae mencionó que la estrategia de grupos de pares influye positivamente, pues hay una sensación de “hablar en el mismo idioma”. ya que muchas dudas e incertidumbres en temas de salud (el coordinador dio énfasis al tema de sexualidad) son compartidas por personas en un mismo rango de edad, con ciertas condiciones similares al ser estudiantes universitarios; se recalcó que “como yo conozco mis necesidades en el tema, puede ser más fácil para mí darle información a la persona que llegue en busca de respuestas” (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Así también, otro de los coordinadores de Bonus Vitae mencionó que, al menos en el tema de farmacodependencia, ellos como universitarios jóvenes no van a hablar de no tomar o no fumar, pues saben lo que es el ambiente de la universidad, por lo que centran el discurso más bien en los excesos y las frecuencias de consumo, refiriéndose a que el consumo moderado tampoco es malo, sino que el problema está en el exceso (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Según otro de los coordinadores, lo anterior también responde a un enfoque de Promoción de la Salud donde a ellos se les ha enseñado que uno no puede abordar todo desde lo restrictivo, negativo, sino poder decir también “yo también lo he vivido” (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por último, los profesionales de la UPS se refirieron también a la capacidad de respuesta. En este sentido, uno de ellos mencionó que “aspectos climatológicos, burocráticos o de salud es lo único que nos impide no llevar en un 100% eso... en realidad siempre hay una constante disposición de ver cómo está el transcurso de la actividad, de que hace falta, de qué podemos adelantar”, se mencionó también que si hay alguna situación emergente, los facilitadores de la actividad tratan de estar siempre muy conectados para poder reaccionar y responder de la mejor manera posible ante tal situación (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Así también, se rescata una vez más la interdisciplinariedad que se maneja a nivel del equipo de trabajo, por lo que hay una mirada más contextual de lo que pasa y por lo tanto, se logra identificar y responder de forma más rápida a las necesidades presentes en el grupo y se puede recuperar más rápido la necesidad que está pasando y darle respuesta (Profesional 5 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Así también, se considera que para ofrecer un servicio oportuno, es necesario también limitar los servicios según el tiempo y recursos disponibles, para facilitar actividades de calidad y evitar la fatiga en exceso que pueda afectar negativamente la productividad del equipo de trabajo; con respecto a esto, uno de los profesionales de la UPS menciona que:

Saúl siempre nos avisa, “mirá Juan hay una actividad aquí, yo sé que no estaba planificada, “¿vos podés hacerlo o no podés hacerla?”, o yo tenía una gira muy larga y él pregunta “¿Cómo te sentís, cómo estás de tiempo?”, entonces yo pienso que esas cosas son buenas porque a nivel de grupo nos mantiene sanos.

(Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015)

Como se puede observar, a nivel de estudiantes los aspectos más relevantes en relación a la capacidad de respuesta se relacionan con el servicio oportuno, la buena preparación en cuanto a planificación y 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 gestores estudiantiles en salud, ellos 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. Así también, se mencionó que la estrategia de promoción de la salud entre pares (gestores estudiantiles y estudiantes usuarios) tiene un impacto positivo en la satisfacción. Debido a esta interacción entre pares, es que se trata de abordar los temas en salud, como es el consumo de bebidas alcohólicas, desde una perspectiva de evitar los excesos y cuidar la frecuencia, más allá de simplemente restringir su consumo.

Por último, los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud destacaron que para satisfacer a los usuarios en relación a la capacidad de respuesta es necesario que todos los

facilitadores estén conectados y atentos a lo que pueda pasar como situación emergente durante el evento. Por otro lado, para poder ayudar a las personas usuarias según sus necesidades, ayuda mucho el hecho de que el equipo de trabajo sea interdisciplinario dadas las múltiples perspectivas que se poseen sobre un mismo tema para ser abordado. Por último, se destacó por parte de los profesionales de la UPS que también es relevante conocer los límites según tiempo y recursos, para asegurar que los servicios sean de calidad y satisfagan las necesidades pendientes.

### **9.10 Expectativas en relación a la Empatía**

Como última dimensión para conocer la satisfacción e encuentra la empatía, sobre esta dimensión, los distintos grupos bajo estudio opinaron y se refirieron a los aspectos ideales para satisfacer a los usuarios.

Para empezar, el primero de los estudiantes entrevistados comentó que en relación a la atención individualizada, es importante que cada vez que un estudiante tenía una duda, la misma era atendida de forma rápida y oportuna, se mencionó que “muchos participaron y levantaban la mano con una duda y se les atendía, a nadie lo dejaban ahí con la duda esperando” (Estudiante 1, 5 nov. 2014).

De igual forma otro de los estudiantes expresó “ellos cada vez que explicaban algo, preguntaban si había dudas al respecto y cuando sí había ellos lo hablaban y explicaban” lo cual refuerza la noción del primer estudiante (Estudiante 3, 3 nov. 2014); lo cual fue mencionado por otro de los estudiantes también al decir “siempre que alguien tenía una duda o algo así yo siento que ellos trataban de contestársela y lograr que esa persona entendiera” (Estudiante 4, 3 nov. 2014).

Este aspecto de la atención individualizada en relación a la atención de dudas también se vio recalado también por otro de los estudiantes entrevistados, el cual destacó que para él, como parte de esa atención individualizada, implicaba también el asegurar que todos los participantes tuvieran materiales para las actividades durante el taller; también, recalcó que fue importante que tomaran en cuenta aspectos como la hora de la actividad (la cual terminó

casi a las 9:30 pm), pues les brindaron una merienda en un receso durante el taller (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

En cuanto al grupo de gestores estudiantiles en salud, la primera reacción al hablar de empatía fue que eso es en lo que consiste el grupo en sí (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Así también en el tema de la empatía, otro de los miembros de Bonus Vitae destaca que algo que impacta positivamente la satisfacción con respecto a esta dimensión es que “somos gente muy extrovertida, muy llamativa, muy alegre, entonces eso llama la atención también para que la gente se acerque, el ser empáticos y no volver a lo magistral ayuda a que ellos no nos vean como alguien ya mayor, quién puede tener todos los prejuicios del mundo” (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, otro de los coordinadores de Bonus Vitae considera que para mostrar empatía a los usuarios, es importante darles la oportunidad de expresar sus opiniones, pues a veces también es enriquecedor contar con opiniones diferentes; así como estar sumamente consciente como facilitador que de todo lo que se habla y se aprende con los usuarios, cada uno de ellos decide que conservar de eso y que no (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

El último grupo en referirse a esta dimensión, es el equipo de profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud. El primero de ellos se refirió a la empatía como el “poder ponerse en los zapatos de otro, ver cómo lo ayudo sin caer en la ayuda mala, sin volverse un salvador, de *pobrecito mi chiquito*, cosas de ese tipo” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por último, otro de los profesionales de la UPS manifestó que para ellos la empatía tiene que ver con el respeto por el hecho de que la decisión está en el otro, ya que ellos como facilitadores pueden dar: alternativas, opciones, herramientas, luces, pero finalmente quién toma la decisión sobre qué hacer y qué no hacer es el usuario, el estudiante (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

En resumen, los estudiantes entrevistados se referían a la empatía en torno a aspecto como 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.

Por otro lado, los gestores estudiantiles en salud centraron sus comentarios sobre la empatía en aspectos como el hecho de mostrarse como personas extrovertidas, alegres, quienes tratan de inspirar confianza y de que los usuarios sientan que pueden acercarse sin que ellos respondan con base a prejuicios; así también, consideran importante dejar a los usuarios compartir y comentar sus opiniones como parte de la construcción del conocimiento.

Por último, los profesionales de la UPS centraron su perspectiva sobre la satisfacción de los usuarios en relación a la empatía en elementos como dar la ayuda y ponerse en el lugar del otro pero sin victimizar al usuario, así como el respeto por las decisiones que tome el usuario, ellos facilitan las opciones y la información pero solo el usuario puede decidir.

#### **9.11 Sobre la satisfacción de forma global**

Al momento de preguntar a los participantes por su reflexión sobre la satisfacción global de las actividades a las que asistieron, cada uno de ellos expuso su punto de vista. El primero de los estudiantes comentó que la actividad le pareció bastante interesante y que fue agradable contar con ese espacio para relacionarse con otros estudiantes mientras se accede a conocimientos sobre temas de salud; así también, mencionó que le motivaría recibir información sobre salud, por último, recalcó la importancia de que la universidad desarrolle iniciativas de este tipo pues con esto denotan su interés por la salud de los estudiantes (Estudiante 1, 5 nov. 2014).

El segundo de los estudiantes expresó que le gustaría participar de nuevo en una actividad de este tipo, pues considera que es algo en lo que vale la pena invertir el tiempo; así también, recalcó el hecho de que luego de asistir tuvo la sensación de que había realizado algo productivo y que se sintió animado pues lo hizo sentir mejor, deseoso de aplicar lo que se habló en la sesión (Estudiante 2, 5 nov. 2014).

El tercero de los estudiantes especificó que le gustó la actividad, pues al ser un estudiante de ciencias de la salud tal vez sabe un poco más que la mayoría de los demás estudiantes de otras carreras; aunado a lo anterior, consideró que es muy bueno que promuevan estas actividades pues opina que todos los estudiantes dependen de tener “una buena salud tanto física como mental” (Estudiante 3, 3 nov. 2014).

El último de los estudiantes destacó que en realidad la mayoría de sus reflexiones fueron positivas, por lo que considera que su satisfacción estuvo bastante bien; así-también, como aspectos causantes de esta satisfacción positiva el estudiante mencionó el lugar, el personal facilitador y el buen desarrollo que tuvo la actividad (Estudiante 4, 3 nov. 2014).

### **9.12 Reacciones de facilitadores ante opiniones brindadas por los y las estudiantes entrevistadas**

Como último punto de este capítulo, se recopilaron una serie de expresiones utilizadas por los estudiantes entrevistados, las cuales fueron presentadas tanto a los coordinadores de Bonus Vitae como los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud. Estas reacciones se desglosan a continuación junto con las frases que las generaron, llamadas “reactivos” para efectos de esta investigación; cabe destacar que los reactivos se presentan de forma anónima.

#### **9.12.1 Reactivo 1**

...a veces ir a esas actividades es muy tedioso, a veces uno no espera que sea muy interesante, a uno como estudiante no le gusta ir a ese tipo de actividades, el levantarse temprano e ir hasta allá, a uno no le gusta.

Ante este reactivo, uno de los coordinadores de Bonus Vitae manifestó estar totalmente de acuerdo, pues hasta a ellos mismos a veces les pasa como estudiantes que no es muy motivador ir a una actividad sobre la cual no se sabe ni siquiera de que va a tratar (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). También mencionaron que el hecho de que sea una obligación asistir para los estudiantes de residencias hace que muchas veces baje la motivación (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Por último, otro de los coordinadores mencionó que a pesar de que muchas veces los usuarios vengan con esa

actitud, es responsabilidad de los facilitadores cambiar esa actitud desde el momento que llegan a la actividad (Coordinador 2 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otra parte, los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud manifestaron también su opinión sobre este reactivo. El primero de ellos expresó que esa es la primera reacción común por parte del estudiante (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Así también, otro de los profesionales comentó que ante este tipo de reacciones ellos tienen que tratar de mantenerse sanos, pues muchas veces esa expectativa se basa en experiencias previas y no necesariamente a un mal concepto de la UPS (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Además, se destacó por su parte lo difícil que es tratar temas de salud con personas de este rango de edad y en un contexto universitario, pues para la mayoría de estudiantes la salud no es uno de sus temas prioritarios (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Por último, se mencionó también que usualmente los profesionales que trabajan tema de salud se centran en lo negativo, “no haga esto, no haga lo otro”. por lo cual los usuarios tienden a tender una visión restrictiva; en cambio, este profesional comentó que a nivel de la UPS tratan de enfocar sus acciones para dar a entender a los estudiantes “vea todo lo que usted puede hacer, vea todas las posibilidades que usted tiene” (Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

### **9.12.2 Reactivo 2**

...disfruté un rato de estar ahí, de estar con los demás, nos relacionamos bastante, yo hablé con gente que ni conocía, tal vez no me aprendí los nombres ni los vi más después, pero fue bonito.

En relación a este reactivo, los coordinadores de Bonus Vitae se refirieron de la siguiente manera. Uno de ellos, comentó que básicamente de eso se trata Bonus Vitae pues muchos de los miembros entran al grupo sin conocer a nadie, pero la confianza y el buen ambiente que hay en el grupo se percibe por los miembros desde el inicio y también se proyecta a los usuarios; al menos este coordinador considera, tanto para los coordinadores como para los que llegan como usuarios, sirve para crear vínculos y para conocer personas (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Así también, otro de los coordinadores expresó que incluso

muchas veces a los estudiantes se les dice “usted entra a la U y solo con gente de su carrera se va a terminar relacionando”. pero este tipo de proyectos como lo es Bonus Vitae estimula a que se creen relaciones y vínculos con personas de otras carreras (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud se refirieron también al respecto. Uno de ellos mencionó la palabra “cohesión”, haciendo alusión a que este tipos de espacios ayudan a que las personas se sientan parte de la población estudiantil; así también, este profesional destaca que a nivel personal, el ser parte de estas actividades como facilitador también le genera una gran satisfacción (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por último, otro de los profesionales de la UPS compartió su opinión de que la Universidad de Costa Rica en realidad le parece un lugar muy des-humanizado, pues hay muchos estudiantes que pasan todo un semestre en una aula sin siquiera conocer el nombre de todos sus compañeros, entonces cuando ellos como facilitadores llegan y les hacen preguntas como “¿cómo se llama el de a la par?, ¿qué le gusta?, y ¿a dónde quiere llegar?”, se empieza a generar una interacción más humanizada y a los usuarios les gusta mucho tener esa experiencia (Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

### **9.12.3 Reactivo 3**

...las personas que expusieron ahí fueron amables, entonces uno se sentía bien, de poder la opinión que tenía del tema en el momento. Yo digo que sí tenían dominio sobre lo que hablaban y se les entendía bien.

Con respecto a este reactivo, el primero de los coordinadores de Bonus Vitae manifestó que según su experiencia, la expectativa que llevan los usuarios cuando se le va a hablar de un tema de salud es complicada, pues lo típico es que los facilitadores ataquen ciertas prácticas o sean restrictivos, pero a nivel de Bonus Vitae se maneja una perspectiva diferente y los usuarios lo perciben y les gusta (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Así también, otro de los facilitadores mencionó que probablemente al decir que “fueron amables” se debe a que no se dio imposición, diciendo lo que se debe y no se debe hacer (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, los profesionales de la UPS manifestaron que “eso es parte de lo que hablamos, de crear ese ambiente de confianza”, lo cual se logra al ponerse a un nivel horizontal con ellos (Profesional 5 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Así también, otro de los profesionales relaciona esta reacción con el hecho de que el lenguaje no es técnico sino que siempre se busca adaptarlo para que sea accesible para la población (Profesional 1 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por último, se destaca el hecho de que los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud siempre evitan tomar la posición de ser el que “todo lo sabe”, evitando así que los usuarios desconfíen de ellos por el discurso dado de una forma “prepotente” (Profesional 8 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

#### **9.12.4 Reactivo 4**

...es muy bueno que la U promueva estas actividades porque todos dependemos de tener una buena salud tanto física como mental, entonces sí es como muy provechoso que estén haciendo estas charlas para que todos conozcamos al menos un poquito lo necesario para poder sobrellevar la vida.

A nivel de Bonus Vitae, se destaca el hecho de que la mayoría de estudiantes anteponen su vida universitaria dejando de lado su salud, lo cual ellos como facilitadores deben de manejar y tratar de cambiar (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Así también, otro de los coordinadores manifestó que a la edad en que uno comienza la universidad y durante los años que pasa allí, tiende a darse un sentimiento de indestructibilidad en los jóvenes, así como una sensación de que “uno piensa saberlo todo, a uno sin conocer Bonus vitae lo invitan a una charla por ejemplo de sexualidad y al reacción suele ser “¡ay, yo para que voy a necesitar eso!”, pero ya uno llega y ve que en realidad sí suele tener demasiados vacíos” (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otra parte, en relación a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud, uno de ellos manifestó que generalmente, los comentarios que reciben por parte de los usuarios al final de las actividades suele ser similar a ese, por lo que comenta que esa frase que utiliza el estudiante no es ajena a ellos; así también, comenta que es común escuchar a los estudiantes

al final diciendo que es bueno que la universidad haga este tipo de actividades (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

#### **9.12.5 Reactivo 5**

...tal vez fue bueno, solo que tal vez hizo falta más interacción entre los participantes, porque lo que más se escuchaban eran los que estaban exponiendo.

Para empezar con las reacciones a esta frase, los coordinadores de Bonus Vitae expresaron que depende mucho del tipo de actividad a la que asistieron, pues depende de esto a veces los usuarios van motivados o no; también se destacó que la participación es muy complicada, pues hay elemento de por medio por parte de los usuarios, como lo es la vergüenza o la timidez, en general las personas suelen ser bastante introvertidas en esos espacios (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Así también, se comentó que a pesar de que la participación es un tema complicado, muchas veces ésta depende de la dinámica que el facilitador genere; es relevante destacar que por ser sobre salud, los usuarios llevan los contenidos a un plano personal, lo que a veces les dificulta el sentirse cómodos de compartir sus vivencias, sobre todo en temas tabú como lo es la sexualidad por ejemplo (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, uno de los profesionales de la UPS manifestó que la satisfacción muchas veces es circunstancial, pues depende de que tanto se pueda extender el facilitador para dar a entender el tema y que haya claridad; también destacó que muchas veces hay un tema o contenido que cubrir entonces puede ser que algunas personas que tienen expectativas más particulares salgan insatisfechas por este motivo; también recalcó que ellos como facilitadores saben que en un grupo siempre habrán algunas personas con incomodidades o disconformidades. “lo cual no debe ignorarse pero lo que guía los procesos es la generalidad estadística” (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por otro lado, otro de los profesionales de la unidad mencionó que siempre hay un comentario en esa línea, el cual está dentro del margen de insatisfacción que la UPS maneja, la cual se conoce pero se debe controlar, ya que “si se cae en el perfeccionismo, se traban muchos

procesos, las cosas no fluyen”. por lo que esos comentarios si bien motivan, no hay que caer en una obsesión laboral (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Así también, un profesional recalca que en relación a estas críticas o personas insatisfechas, el grupo de trabajo ha tenido que madurar, pues al inicio un comentario de esta índole los devastaba: se tuvo que evolucionar por lo tanto a tener como meta que la mayoría de usuarios estén satisfechos y que los que no lo están colaboren a los procesos de mejora con sus realimentaciones (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por último, se mencionó que es relevante también distinguir cuando un comentario “está tirado por la tangente”, pues si va en la línea de “hubieran hablando de x tema” o “hubieran abordado x cosa”, se toma como un punto de mejora a futuro más que una debilidad de la actividad en sí (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

#### **9.12.6 Reactivo 6**

...siempre nos preguntan eso, que si nos cumplió la expectativa, pero es que nunca nos dicen a qué vamos entonces uno no sabe que esperar, a veces le dicen el tema general pero como antes de la actividad, uno no sabe de qué era con tiempo. Lo único que nos dicen es tienen que ir a convivio y talleres para cumplir las horas entonces uno no sabe.

En relación a esta frase, un coordinador de Bonus Vitae comentó que ellos han visto en varias ocasiones que los estudiantes van a las actividades obligados, simplemente porque es un requisito y los convocan de forma obligatoria; a pesar de muchos esfuerzos que se hagan desde la Unidad de Promoción de la Salud, si la persona que funciona como intermediaria no transmite bien el mensaje, la satisfacción será negativa (Coordinador 4 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

En relación a lo anterior, otro de los coordinadores expresó que eso puede ser un fallo de la UPS, ya que en muchas ocasiones la divulgación es nula y depende solo del ente intermediario (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015). Otro de los coordinadores se refirió a la frase reafirmando lo mencionado por sus compañeros, al decir que la mayoría de las veces que hay actividades con intermediarios, los estudiantes no saben a lo que van (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

En cuanto a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud, uno de ellos se refirió a la frase recalcando la importancia del papel de la persona intermediaria, pues es innegable que influye de forma ya sea positiva o negativa, por último aseguró que debido a esto la satisfacción “a veces no está en nuestras manos” (Profesional 6 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Esto lo reafirmó otro de los profesionales al mencionar que lamentablemente a veces dependen de otros, incluso porque a veces les toca coordinar a través de personas con una visión adulto-céntrica, quienes no consideran necesario o importante sentarse a explicarle al estudiante a lo que va, el objetivo, ni mucho menos para conocer cuál es la expectativa (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

También, otro de los miembros de la UPS hizo referencia a que el comentario está relacionado con el instrumento de evaluación, pues el pensamiento del estudiante puede ser “me preguntan de las expectativas pero yo no tengo expectativas porque no me las crearon” (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015). Por último, se reconoció que este comentario da líneas de trabajo y de mejora, pues indica que “hay que trabajar todavía más fuerte con el mediador, para que no sólo se dedique a las cosas de forma, sino que hay que darle un poquito de estructura en el fondo” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

#### **9.12.7 Reactivo 7**

...algunas cosas que son muy teóricas que no las haga como tan teóricas, porque eso lo aburre a uno mucho, lo que uno más recuerda es las actividades más prácticas como el gráfico o las actividades de las bolas, al menos es mi manera de recordar las cosas.

Este fue el último reactivo utilizado, con el cual también se solicitó la opinión de los coordinadores Bonus Vitae. El primero de ellos manifestó que siempre tiene que haber una parte teórica, porque no todas las temáticas se pueden abordar con juegos y técnicas lúdicas, aunque a pesar de eso se ha tratado de mantener dicho enfoque así como adaptar toda la teoría de temas que son “sumamente aburridos” para que sea atractivo para estudiantes jóvenes (Coordinador 1 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Así también, otro de los coordinadores destacó que esta cita se refiere a una capacitación en la cual los Bonus Vitae asistieron como refuerzo para asistencia, no como facilitadores principales; cuando son ellos los principales, sobre todo en ferias de salud que poseen mucha experiencia, usan técnicas didácticas, sin embargo, este coordinador mencionó que “los de la Unidad de Promoción de la Salud a veces si usan mucho presentaciones, texto y así para dar el mensaje” (Coordinador 3 Bonus Vitae, 31 mar. 2015).

Por otro lado, uno de los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud se refirió a la frase mencionando que, está más que claro para ellos como equipo de trabajo. el hecho de que las generaciones con las que trabajan en la universidad “tienen una naturaleza de aprehensión del conocimiento totalmente diferente a la última generación y a la penúltima, ahora es una cuestión mucho más sintética y mucho más visual...sino imágenes, frases y demás”; también, destacó que frases como la anterior puede deberse a que a veces asisten estudiantes que están más comprometidos con su propio proceso de aprendizaje, han topado con personas que mencionan “yo aprendo más de esta forma, no de ésta... yo necesito otras formas para generar y producir conocimiento”, pero generalmente esta es una minoría (Profesional 2 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Otro de los profesionales de la UPS reaccionó expresando que incluso a ellos como equipo les gusta el reto de recibir siempre estudiantes más críticos y que demandan más, “para no estar siempre en la zona de confort” lo cual hace que a veces los procesos de reinención o innovación no sean tan frecuentes, como lo expresa al decir que “uno quisiera tener más comentarios en esa línea para estarse reinventando... y andarles adelante incluso para sorprenderlos” (Profesional 4 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

Por último, otro de los profesionales reafirmó que ese tipo de retos les gusta a nivel de la UPS, pues es mejor saber que se va a trabajar con un grupo que participa, hace preguntas y desafía al facilitador a estar altamente capacitado (Profesional 7 Unidad de Promoción de la Salud, 17 nov. 2015).

## APARTADO X

### CONCLUSIONES

A través de la ejecución de este trabajo final de graduación, surgieron una serie de resultados en respuesta a los cinco objetivos específicos propuestos inicialmente. Como cierre de este proceso investigativo, se presenta una recapitulación de los principales hallazgos y conclusiones emergentes al respecto, los cuales son segmentados para que se visualicen de mejor forma.

#### **1. Sobre la Planificación Estratégica de Bonus Vitae**

A nivel de planificación estratégica, no existen documentos oficiales de Bonus Vitae como proyecto ni sobre su reciente transición a programa. Si bien los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud mencionan y relatan esta evolución de Bonus Vitae, la misma no está evidenciada en ningún documento oficial de la Unidad de Promoción de la Salud ni a nivel general de la Oficina de Bienestar y Salud.

Por lo tanto, esta evolución a pesar de estar justificada en el discurso, podría respaldarse y estructurarse de una mejor manera a través de un documento que responda a los cambios y propuestas por implementar. Ahora que Bonus Vitae es un programa, lo cual implica un carácter de política permanente en la Universidad, se tiene más posibilidad de diseñar e implementar proyectos en el marco de Bonus Vitae, los cuales tengan objetivos específicos y una duración definida.

Se considera un punto positivo que tanto para la planificación como para la ejecución de las actividades solicitadas a la UPS para el trabajo con estudiantes de la universidad, haya un proceso de validación previa con otros profesionales de la oficina; el hecho de involucrar varios puntos de vista profesionales promueve la interdisciplinariedad y el trabajo en equipos que debe implicar todo proceso en Promoción de la Salud.

## **2. Sobre los ejes de trabajo de la Promoción de la Salud y Bonus Vitae**

Es importante destacar que según los aspectos programáticos, las acciones desarrolladas en el marco del programa Bonus Vitae, responden al eje de trabajo *Entornos universitarios que promuevan la salud y la equidad*, a través de dos de sus objetivos específicos que tienen que ver con, primero, la capacitación de los agentes multiplicadores y, segundo, con espacios educativos para los estudiantes de la UCR. Estos esfuerzos son de considerable valor y aporte como iniciativas en Promoción de la Salud, sin embargo, si se parte de los ejes de trabajo de la disciplina, aún faltan ejes por abordar a través del programa Bonus Vitae, como lo es la participación en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud. A pesar de que la UPS sí trabaja los ejes anteriores en distintas medidas, básicamente el eje de trabajo de Promoción de la Salud en que se centra el trabajo de Bonus Vitae radica en el desarrollo de aptitudes personales.

## **3. Sobre el rol de participación de los Gestores Estudiantiles en Salud**

Se considera que a pesar de que el grupo de Bonus Vitae tiene como fin que los estudiantes sean Gestores Estudiantiles en Salud (GES) para la población de la Universidad de Costa Rica, durante el año 2014 su papel fue pasivo. Hubo poca interacción con estudiantes en sesiones educativas, el protagonismo en las actividades realizadas con estudiantes se dio por parte de los profesionales de la Unidad de Promoción de Salud. Según lo especificado, esta situación fue atípica en comparación de años anteriores, donde los GES sí tuvieron un protagónico desempeño en el trabajo con estudiantes. Si bien esto respondió a cambios recientes en el plan operativo de la UPS y al deseo de enfocar esfuerzos durante dicho año en la capacitación de los GES, es recomendable que a pesar de las condiciones de reestructuración, planificación o cambios estratégicos de la UPS no se vea afectada la razón de ser como tal del grupo.

A pesar de que el trabajo realizado por los Gestores Estudiantiles en Salud es voluntario - sobre todo luego de la eliminación de las horas beca aplicables a sus horas trabajadas en Bonus Vitae-, es necesario llevar un registro de la participación mínima requerida por parte

de ellos, pues durante el año 2014 hubo una desvinculación (o pasividad) de muchos de los participantes del grupo, impactando negativamente el desempeño del mismo. A pesar de su condición de trabajo voluntario, si se procura ante todo una satisfacción de los usuarios como parte del proceso de gestión de calidad del servicio, se debe de establecer un parámetro del trabajo requerido, así como, un medio de comprobación del mismo. Idealmente, este parámetro y las evidencias respectivas deberían sistematizarse para efectos de mejora continua en la oferta de los servicios que conciernen al programa Bonus Vitae.

#### **4. Sobre la satisfacción usuaria respecto al Proyecto Bonus Vitae**

La evaluación que se realiza de las actividades, a la cual hace referencia la coordinadora del programa Bonus Vitae se encuentra parcialmente sistematizada. Aparte de ser escasa, principalmente consiste en evaluaciones durante las sesiones de capacitación de los *Gestores Estudiantiles en Salud*, lo cual no brinda un panorama real de la realimentación facilitada por los estudiantes en su rol de usuarios del servicio. Según lo expuesto por la UPS, a pesar de que se cuenta con un instrumento de *caritas* para evaluar la satisfacción de los usuarios, los resultados de la aplicación de dicho instrumento no se han transcrito ni sistematizado por lo que no hay evidencias de la satisfacción durante las actividades realizadas.

Con respecto a la evaluación realizada con estudiantes sobre su satisfacción durante el convivio y el taller realizado por la UPS y Bonus Vitae, cabe destacar algunos de los resultados globales en comparación de ambas actividades. 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, demostrando insatisfacción.

A pesar de que haya 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 a la hora de la ejecución. Así también, queda clara la importancia que implica la persona intermediaria, quien coordina aspectos como el lugar, la convocatoria y demás, pues en el caso del taller, estos elementos afectaron negativamente la percepción demostrada por los usuarios.

#### *4.1 Sobre la dimensión tangibilidad*

En relación a la tangibilidad, el taller contó con una satisfacción por debajo de cero, mientras que el convivio obtuvo una satisfacción positiva. Según las entrevistas realizadas a estudiantes, esto pudo deberse al lugar donde se realizó la actividad, el cual era muy pequeño, sin ventilación y se encontraba hacinado. Esto también afectó negativamente los materiales utilizados pues, por ejemplo, la proyección del video y el audio del mismo no fueron accesibles para todos los participantes; así también, la presentación de los facilitadores obtuvo una satisfacción negativa, aunque a nivel de las entrevistas no hubo evidencia ni explicación al respecto. 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 haber obtenido un promedio sobre cero (lo que denota satisfacción).

#### *4.2 Sobre la dimensión fiabilidad*

Así también, en cuanto a la fiabilidad, la satisfacción en relación al taller mejoró, pero se mantuvo por debajo de cero, mientras que la del convivio fue muy similar a la anterior dimensión. En cuanto a la satisfacción negativa de la fiabilidad durante el taller, 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).

#### *4.3 Sobre la dimensión capacidad de respuesta*

Según la capacidad de respuesta, el convivio obtuvo un promedio de satisfacción mayor a las dos anteriores dimensiones, mientras que el taller mantuvo su calificación negativa. Sin embargo, el convivio obtuvo en uno de los elementos de esta dimensión una calificación cercana a cero, la cual fue el uso de técnicas creativas e innovadoras utilizadas por los facilitadores. En cuanto al taller, hubo momentos en que el manejo del grupo se dificultó debido a la cantidad más allá de lo esperado, así como el poco espacio para realizar actividades lúdicas; en este caso, los facilitadores se mostraron estresados y con poco manejo del grupo (en un par de momentos) lo cual pudo incidir en esta calificación. Sin embargo, la

atención a las consultas emergentes, a pesar de haber obtenido un promedio debajo de cero, fue el más alto en esta dimensión en el caso del taller.

#### *4.4 Sobre la dimensión responsabilidad*

La dimensión de responsabilidad fue la que obtuvo una mayor satisfacción durante el convivio realizado, mientras que para el taller como en las anteriores, la misma obtuvo un promedio por debajo de cero. Durante el taller, el elemento peor calificado según la satisfacción de los estudiantes, fue la confianza transmitida en el comportamiento de las personas facilitadoras; lo anterior, puede estar relacionado directamente con el poco control del grupo de usuarios, lo cual generó una incomodidad y frustración evidente en el equipo facilitador. En cuanto al convivio, este tuvo un promedio positivo en esta dimensión, con el más alto en relación a la atención prestada a todos los acontecimientos durante el convivio; fue evidente que durante la ejecución del convivio siempre hubo control del grupo, los factores se prestaron para que los estudiantes realizaran las actividades según lo esperado por lo tanto, la actitud de los facilitadores demostró seguridad, control y satisfacción.

#### *4.5 Sobre la dimensión empatía*

Por último, la dimensión de la empatía fue la segunda en grado de mayor satisfacción durante el convivio, la cual estuvo también muy bien puntuada por los estudiantes participantes; siendo el elemento mejor puntuado la accesibilidad de las personas facilitadoras, lo anterior, según lo hablado en el grupo focal a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud, es uno de sus puntos más fuertes en el trabajo con estudiantes. Curiosamente, el elemento mencionado previamente -sobre la accesibilidad de las personas facilitadoras- fue el peor puntuado en el taller; esto también puede tener relación con el hecho de que durante la actividad hubiera más participantes de los esperados, por lo que el espacio era sumamente limitado y los facilitadores no pudieron tener una interacción más personalizada con los usuarios. A pesar de esto, la empatía fue la dimensión mejor puntuada para la evaluación del taller entre la totalidad de las cinco.

## **5. Sobre el perfil de expectativas de las personas usuarias del Proyecto Bonus Vitae**

En relación con el capítulo desarrollado sobre el perfil de expectativas de los usuarios, se procede a mencionar las principales conclusiones. Con respecto a la expectativa global, en los tres grupos se evidenció que no siempre se contaba con una expectativa clara y definida; así también los Bonus Vitae y los profesionales de la UPS coincidieron en el hecho de que la mayoría de los estudiantes que asisten a las actividades (cuenten o no con una expectativa definida) llegan con una actitud positiva, con disposición de aprender cosas nuevas.

Como parte de la satisfacción global, cabe destacar que los estudiantes entrevistados realizaron un balance positivo de las actividades a las que asistieron, lo que denotó que a pesar de existir elementos que consideraron deficientes, fueron más los que generaron satisfacción.

### *5.1 Perfil de los elementos formadores de expectativa*

Se indagó el perfil de satisfacción con base a los cuatro elementos formadores de expectativas. El primero de estos fue la comunicación boca-oído, ante lo cual se demostró que los estudiantes participantes no tuvieron acceso a información de previo a la actividad, solo datos muy básicos en relación con el lugar, la hora, entre otros; incluso entre ellos mismos a nivel de pares, no se dio intercambio de información al respecto, por lo tanto en muchos casos no se generó una expectativa, lo único que se mencionó fue el hecho de que era una actividad obligatoria. Para el segundo formador de expectativas, que corresponde a las necesidades personales, se encontró que los estudiantes esperan un factor sorpresa, algo que se aleje de lo tradicionalmente realizado en temas de salud, lo cual les resulta de sumo interés. Así también, tanto los Bonus Vitae como los profesionales de la UPS coinciden en que lo abordado en las actividades de Promoción de la Salud debe ser fácilmente aplicado al plano práctico de la vida cotidiana de los estudiantes.

Con relación al tercer elemento formador de expectativa, el cual reúne las experiencias previas, los tres grupos con que se trabajó se refirieron a que en relación con las experiencias en temas de salud, suele ser un abordaje tradicional, con técnicas como la charla y con enfoques sobretudo preventivos; por lo tanto, la mayoría de estudiantes que llegan a sus

actividades (especialmente los nuevos que no conocen sobre el quehacer de la UPS ni de los Gestores Estudiantiles en Salud) esperan una actividad de esta naturaleza. El cuarto y último elemento formador de expectativa, consiste en las comunicaciones externas, ante lo cual se coincidió en la importancia del rol que posee la persona intermediaria. En este caso, los estudiantes no tuvieron mayor orientación ni información por parte de la encargada de residencias estudiantiles quién coordinó la actividad, por lo que, la mayoría de estudiantes no participaron con una idea clara ni una expectativa formada sobre la actividad a la que asistirían, concluyendo que el proceso de convocatoria y divulgación es fundamental, pese a que el grupo meta sea pequeño.

### *5.2 Elementos tangibles*

Con respecto a los elementos tangibles, los tres grupos participantes 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 sobre Manejo del Tiempo; en relación a lo anterior, cabe destacar que los Gestores Estudiantiles en Salud se refieren a estos elementos tangibles ligados a ferias, pues es en lo que poseen mayor experiencia.

También destacó el tema de los materiales utilizados, tanto los profesionales de la UPS (quienes los diseñan) como los Bonus Vitae (los distribuyen y comentan con estudiantes) así como los estudiantes (grupo meta) mencionaron que los mismos fueron pertinentes y que llamaron la atención de los usuarios. En el caso de los estudiantes entrevistados, aseguraron sentirse satisfechos con respecto a estos materiales.

### *5.3 Confiabilidad*

Con respecto a la confiabilidad, se destacó el profesionalismo de los facilitadores (tanto invitados como de la UPS), se mencionó también que la forma de abordar los temas y los contenidos en sí fueron pertinentes para las necesidades y las características del grupo. Lo anterior, hace alusión a los profesionales de la UPS, ya que, fueron los que tuvieron un papel protagónico en ambas actividades, mientras que los Gestores Estudiantiles en Salud

mencionaron que a veces se les presenta la situación donde tienen poca credibilidad al hablar sobre temas de salud con estudiantes de esta área.

#### *5.4 Responsabilidad*

En cuanto a la responsabilidad, cabe destacar que mientras para los estudiantes usuarios destacaron aspectos como la amabilidad, la cordialidad y la accesibilidad que demostraban los facilitadores; para los estudiantes de Bonus Vitae se enfatiza esta responsabilidad más enfocada 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, en cuanto a los profesionales de la UPS definen la responsabilidad como la mezcla entre el trato horizontal hacia los usuarios sumado al uso de información reforzada con teoría y también reconocen la importancia de partir del conocimiento de los usuarios y de reconocer sus límites cuando se desconoce alguna información.

#### *5.5 Capacidad de Respuesta*

Por otro lado, con respecto a la capacidad de respuesta, los estudiantes entrevistados destacan aspectos como la planificación y la preparación de materiales, así como, la capacidad que poseen los facilitadores de atender dudas que tienen los participantes. En cuanto a los Gestores Estudiantiles en Salud, 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 por su lado que como facilitadores es fundamental estar atentos a las posibles situaciones emergentes durante la actividad, así también el hecho de conocer los límites de tiempo y de recursos con que se cuenta para la actividad, pues el tener esto claro y hacer un uso adecuado de estos elementos puede determinar el éxito o fracaso de una actividad.

#### *5.6 Empatía*

La última dimensión evaluada fue la empatía, ante lo cual los estudiantes entrevistados destacaron que eran aspectos importantes para la satisfacción la respuesta a dudas y atención de forma personalizada. Los gestores de Bonus Vitae centraron su concepción de la empatía

en relación con su proyección hacia los usuarios, sobretodo, el ser pares de su edad, accesibles para conversar y atender dudas, así como dar el espacio para que los usuarios expresen sus opiniones. Por último, el grupo de profesionales de la UPS destacó de este aspecto de la satisfacción el ponerse en el lugar del usuario sin recurrir a la victimización o a la imposición de lo que se debe hacer, y más bien, tener consciencia de que al usuario se le brindan las opciones pero él es quien decide.

#### · **6. Sobre el mecanismo evaluativo SERVQUAL**

Para empezar, fue de mucha utilidad contar con un modelo base para tener un acercamiento a la satisfacción de las acciones en Promoción de la Salud. Se utilizó el instrumento de evaluación de este modelo, sobre el cual se hicieron algunas modificaciones para poder contextualizarlo al escenario que evaluó esta investigadora. Se considera que fue un buen abordaje de la satisfacción, pues contempla múltiples aspectos que intervienen en el proceso de expectativa-percepción.

Se consideró una limitación el que el modelo se ha utilizado en contextos clínicos, pues no pudo darse un espacio para la discusión de resultados dado que no hay aspectos en común que puedan compararse. Por último, se consideró una limitante que no hay referencias o puntos de partida en cuanto a la evaluación de calidad y, específicamente, de satisfacción en lo que a Promoción de la Salud se refiere. En este sentido la experiencia de aplicación fue grata y oportuna, aunque habrá que evaluar otro tipo de actividades para la búsqueda de un modelo que sea más oportuno para las mismas.

#### **7. Sobre la evaluación de la calidad de los servicios en Promoción de Salud**

Durante la investigación desarrollada, no se encontraron estudios centrados en la calidad y la satisfacción usuaria respecto a los servicios en Promoción de la Salud. Hay una tendencia a estudiar y evaluar la calidad de los servicios sanitarios en escenarios clínicos, excluyendo la necesidad de conocer cómo se gestionan, se proveen, se evalúan y se mejoran los servicios de atención primaria en salud (donde se ubica la Promoción de la Salud como servicio público).

Dado que la Promoción de la Salud es una disciplina consolidada como tal hace 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 la disciplina de la Promoción de la Salud en los distintos escenarios organizacionales.

## RECOMENDACIONES

A continuación se enlistan una serie de recomendaciones que surgen a partir del desarrollo de esta investigación, las cuales puedan ser de utilidad para la Unidad de Promoción de la Salud y el Programa Bonus Vitae, así como para otros investigadores que indaguen sobre la satisfacción usuaria o temas similares (incluyendo el modelo SERVQUAL).

1. Con respecto a la **planificación estratégica**, se recomienda justificar de forma tangible y oficial la transición que se ha dado en torno a Bonus Vitae, esto es, su paso de proyecto a programa, así como la estructura del nuevo programa y los distintos proyectos que engloba. Estos procesos de planificación implican una reflexión y un análisis de gran utilidad para repensar lo propuesto, así como para verlo en el marco de algo más macro como es el programa. Este ejercicio es importante no sólo para clarificar y orientar muchas de las acciones por desarrollar, sino que las ordena y permite constantemente identificar elementos fuertes y débiles del proceso estratégico conducido por la organización.
2. Dada la **transición vivida en Bonus Vitae** de proyecto a programa, y su carácter de *permanencia* que caracteriza esta condición, se recomienda tomar en cuenta a nivel de la planificación estratégica una propuesta para el reforzamiento estructural, por ejemplo, el contar con dos o más proyectos específicos que sean base para otras iniciativas más aisladas.
3. Con respecto a los **ejes de trabajo de la Promoción de la Salud**, se recomienda a la UPS que ahora con Bonus Vitae en condición de programa, se implementen proyectos que respondan a los ejes que hasta ahora han estado desatendidos, como lo son la *elaboración de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud*. Si bien en el paso puede que se hayan ejecutado acciones relacionadas a estos ejes, los mismos no se visibilizan explícitamente y con el protagonismo que poseen en el ejercicio de la Promoción de la Salud. Incluso se pueden incluir dentro de la estructuración estratégica del programa Bonus Vitae, ya mencionada en el punto 1.

4. Sobre el **rol de participación de los Gestores Estudiantiles en Salud**, se recomienda un mecanismo que se aplique de forma constante para evaluar la medida en que ellos participan, que incluya establecer parámetros de participación (cómo se espera que se involucren). Así también, las medidas que ya de por sí se aplican, podrían tabularse o sistematizarse para un control constante y accesible, tanto para los profesionales de la UPS como para los estudiantes GES. Es importante como parte de este proceso de monitoreo, que haya sistematización en los datos y que los mismos estén actualizados. Así también, se recomienda recurrir a técnicas de carácter cualitativo para poder estimular y evaluar que la participación de los GES sea activa y protagónica, que no se limite a una *asistencia*, sino que se tenga un rol de suma responsabilidad y relevancia en la ejecución de las actividades. Por último, es importante tomar en cuenta que debido a que los estudiantes que forman parte de Bonus Vitae están allí de forma voluntaria, se deben establecer métodos para incrementar la motivación y el alto nivel de compromiso para con el programa. También, se recomienda retomar el tema de un posible sistema de monitoreo a través de un trabajo final de graduación por ejemplo.
5. Sobre la **satisfacción usuaria**, tanto la UPS con su programa Bonus Vitae, como los distintos equipos de trabajo en Promoción de la Salud en general (nacional e internacionalmente), deben explorar, adecuar, implementar y publicar sobre modelos, técnicas e instrumentos que permitan la evaluación de la satisfacción en los usuarios. Si bien la satisfacción usuaria se considera un concepto en sumo subjetivo, el cual es complejo de medir, debe haber algún grado de conocimiento de esta satisfacción si se desea incluir la Promoción de la Salud dentro de los procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad del servicio de salud, como parte de un sistema mayor. Al tener este acercamiento hacia las expectativas, la opinión y el sentir de los usuarios, se pueden mejorar múltiples aspectos y dimensiones que forman parte del servicio y así evitar el criterio simplista y errado de que “cualquier cosa que se haga en promoción de la salud ya de por sí es bueno”.

6. Con respecto a los **usuarios** del Programa Bonus Vitae, se recomienda como una posible medida para estructurar las acciones por desarrollar, el diferenciar los grupos que existen dentro de la comunidad universitaria. Con lo anterior, se pueden identificar, por ejemplo, los estudiantes más motivados e interesados en los temas abordados para dar un seguimiento (o algún tipo de capacitación constante) con ellos, pensando tanto en su condición de *potenciales agentes multiplicadores*, como su apoyo en los procesos de comunicación boca-oído que forman expectativas en las personas usuarias del servicio. Así también, proponer otro tipo de acciones con los estudiantes más reacios a participar en las actividades, o con quienes permanecen pocas horas en la universidad, o en horario nocturno. Esta medida garantizaría una mejor cobertura de los servicios, así como un impacto según el público meta (fragmentado).
7. Sobre las **evaluaciones sobre satisfacción realizadas por la UPS**, se recomienda que las mismas se hagan de forma sistemática y que estén registradas (o transcritas) de forma ordenada y actualizada. La información presentada como devolución de los usuarios es en sumo valiosa para los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud, incluso como un insumo de interés por revisar y comentar en las reuniones del equipo de trabajo para reformas o adaptaciones continuas (en el caso más inmediato) o a un nivel superior, para la adaptación de las propuestas de los distintos proyectos por implementar.
8. El **rol de la persona intermediaria** es fundamental, tanto en el proceso de solicitud de las actividades, así como en la convocatoria y ejecución de las mismas. Por lo anterior, se debe dar un mayor peso al proceso de interacción con esta figura desde la UPS, deben de plantearse herramientas y procesos que faciliten el diálogo, negociación, explicación y, por último, el proceso de ejecución de la actividad. Debe quedar claro en todo momento la relevancia del rol de esta persona, así como, el hecho que el éxito de la actividad puede depender de su labor.
9. Sobre el **modelo SERVQUAL**, si bien el instrumento se adaptó para efectos de esta investigación y del escenario específico abordado, se recomienda incluso dedicar una

investigación a indagar la funcionalidad e idoneidad de este modelo para su aplicación en la disciplina de Promoción de la Salud. A pesar, de que esta investigadora considera que las dimensiones de este modelo pudieron abordar de una forma completa la satisfacción usuaria, esto no excluye que hayan métodos igual de efectivos o incluso mucho más adecuados para dicho propósito.

10. Sobre la **evaluación de la calidad de los servicios en Promoción de la Salud**, específicamente en relación a la **satisfacción usuaria**, queda manifiesta la urgencia de estudiar el tema, para establecer parámetros y herramientas que faciliten el quehacer profesional en Promoción de la Salud, así como el posicionamiento de la disciplina en los distintos escenarios organizacionales.
11. Se considera que el **profesional en Promoción de la Salud** podría tener un rol importante en caso de incorporarse como un profesional más a la Unidad de Promoción de la Salud de la Salud de la Oficina de Bienestar y Salud, donde podría aportar a las funciones gerenciales que se desarrollan en la Unidad. Si bien la UPS posee un equipo de trabajo interdisciplinario con experiencia en la realización de actividades con enfoque en Promoción de la Salud, el profesional graduado de la Universidad de Costa Rica (único en el país con esta formación) posee una serie de competencias en destrezas gerenciales y planificación estratégica. Estas cualidades podrían fortalecer los procesos de transición, reformulación y reforzamiento estructural que se vienen dando en la UPS y en sus programas –como es el caso de Bonus Vitae-, manteniendo una visión global según el paradigma de la Promoción de la Salud.

## APARTADO XI

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### Libros

- Colomer, C; Álvarez, C. (2001). *Promoción de la Salud y cambio social*. Barcelona: Editorial Masson S.A.
- Donabedis, A. (1984). *La Calidad de la Atención Médica*. Mexico D.F.: Editorial La Prensa Mexicana.
- González, A. (1994). *Calidad total en la atención primaria en salud*. Madrid: Editorial Díaz de Santos
- Hernández-Sampieri, R; Fernández-Collado, C; Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana
- Jurán, J. (1990). *Análisis y Planeación de la Calidad*. Tercera Edición. México D.F.: Editorial McGraw-Hill

#### Revistas

- Abarca, A. (2009). Las Contralorías de servicios en el sistema de salud de Costa Rica. *Revista Chilena de Salud Pública*. 13 (1), 17-22.
- Amador, C; Cubero, O. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria/ Quality management system in health: present situation and prospects in the primary healthcare. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36 (2), 175-179.
- Bautista-Otero, A; Ubaque-García, J. (2012). Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. *Revista de Salud Pública*. 14 (2), 3-14.
- Campoza, G; *et al.* (2005). Health care users' satisfaction in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 (1), S109-S118.
- Chapagain, R. (2012). Cumplimiento de las normas de la calidad de atención establecidas por el compromiso de gestión en los pacientes diabéticos del Área de Salud de Alajuelita, en el periodo de enero a julio de 2007. *Acta médica costarricense*. 54 (3), 175-180.
- 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.
- Duque, E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Revista de Ciencias Administrativas y Sociales de la Universidad Nacional de Colombia*. 15 (25), 64-80.

- Fariña, D; Rodríguez, S; Erpena, N. (2012). La capacitación en terreno como estrategia para la mejora de la calidad de la atención de la salud. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 110 (1), 9-18.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 30 (2), 179-183.
- González, D. (1997). Mesa Redonda: Enfoques y Concepciones de la Calidad en Salud. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 58 (1), 22-25.
- Gorina, M; Limonero, J; Peñart, X; Jiménez, J; Gassó, J. (2013). Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. Modelo dispensarizado. *Atención Primaria*. 46 (6), 276-282.
- Granados-Cosme, J; Tetelboin-Henrion, C; Torres-Cruz, C; Pineda-Pérez, D; Villa-Contreras, B. (2011). Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. *Salud Pública de México*. 53 (4), S401-S406.
- Ivarsson B, Malm U. (2007). Self-reported consumer satisfaction in mental health services: Validation of a self-rating version of the UKU-Consumer Satisfaction Rating Scale. *Nord J Psychiatry*. 61 (194), 194-200.
- Lizano, M. (2012). Percepción de la Calidad en la Consulta Externa del laboratorio clínico del Hospital Maximiliano Peralta. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 69 (601), 157-162.
- Llorca, F. (2004). Expectativas Sobre la Calidad en el Servicio de Salud de la CCSS en San Felipe de Alajuelita. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*. 12 (1).
- Losada, M; Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*. 20 (34), 237-258.
- Mangione-Smith, R; Schiff, J; Dougherty, D. (2011). Identifying Children's Health Care Quality Measures for Medicaid and CHIP: An Evidence-Informed, Publicly Transparent Expert Process. *Academic Pediatrics*. 11 (3S), S11-S21.
- Martin, J; Petr, C; Kapp, S. (2003). Consumer Satisfaction with Children's Mental Health Services. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 20 (3), 211-226.
- Mendoza, J; Piechulek, H; Al-Sabir, A. (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*. 79 (6), 512-517.
- Mira, J; Aranaz, J; Rodríguez-Marín, J; Buil, J; Castell, M; Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 4 (1), 12-18.

- Moraga, H; González, R. (2011). Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 20 (1), 40-44.
- Murillo, C; Saurina, C. (2013). Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 27(4), 304-309.
- Newsome, P; Wright, G. (1999). Patient Management: A review of patient satisfaction. *British Dental Journal*. 186 (1), 161-165.
- Ngo, A; Hill, P. (2011). Quality of reproductive health services at commune health stations in Viet Nam: implications for national reproductive health care strategy. *Reproductive Health Matters*. 19 (37), 52-61.
- Nickel, S; Trojan, A; Kofahl, C. (2012). Increasing patient centredness in outpatient care through closer collaboration with patient groups? An exploratory study on the views of health care professionals working in quality management for office-based physicians in Germany. *Health Policy*. 107 (1), 249-257.
- Nketiah-Amponsah, E; Hiemenz, U. (2009). Determinants of Consumer Satisfaction of Health Care in Ghana: Does Choice of Health Care Provider Matter? *Global Journal of Health Science*. 1 (2), 50-61.
- Olivia, C; Hidalgo, C. (2004). Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé*. 13 (2), 173-186.
- Parasuraman, A; Zeithaml, V; Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 64 (1), 12-37.
- 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.
- Seclén-Palacin, J; Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *Anales de la Facultad de Medicina*. 66 (2), 127-141.
- Solís, W. (1997). Enfoques y Concepciones de la Calidad en Salud. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 58 (1), 26.
- Vanmeerbeek, M. (2009). La médecine générale doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et y intégrer la promotion de la santé. *La Presse Médicale*. 38 (9), 1360-1365.

Vargas, R. (1997). Calidad en los servicios de salud: Experiencia de Costa Rica. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*. 5 (2).

### Documentos virtuales

Caja Costarricense del Seguro Social. (2012a). *San José: CCSS inició consulta a usuarios sobre percepción de servicios*. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index.php/32-ccss/682-ccss-inicio-consulta-a-usuarios-sobre-percepcion-de-servicios/> [Consulta 22 oct. 2013].

Caja Costarricense del seguro Social. (2012b). *CCSS realizará encuesta de satisfacción al usuario*. Recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/infocaja/index.php/articulos/9-clic-de-cierre/132-ccss-realizara-encuesta-de-satisfaccion-al-usuario/> [Consulta 20 oct. 2013].

CEPAL. (2006). *La reforma de Salud en Corta Rica*. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27120/lcw77e.pdf/> [Consulta 28 may. 2013].

Consejo Universitario. (1993). *Reglamento General de la Semana Universitaria*. Recuperado de [http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/semana\\_universitaria.pdf](http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/semana_universitaria.pdf) [Consulta 06 ago. 2015].

Oficina de Bienestar y Salud. (2014). *Sistema de Atención Integral en Salud*. Recuperado de <http://www.sais.ucr.ac.cr/BoletinSais/InformeSAIS.html> [Consulta 23 abr. 2014].

Oficina de Orientación. (2010). *Proyecto Becarios Once*. Recuperado de <http://www.orientacion.ucr.ac.cr/?q=node/175> [Consulta 23 abr. 2014].

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Funciones esenciales de la Salud Pública: Función 9*. Recuperado de [http://www1.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP\\_09.htm](http://www1.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_09.htm) [Consulta 26 may. 2013].

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

Organización Mundial de la Salud. (2009). *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in Health Promotion*. Recuperado de [http://javeriana.edu.co/redcups/Nairobi\\_Call\\_for\\_Action.pdf](http://javeriana.edu.co/redcups/Nairobi_Call_for_Action.pdf) [Consulta 2 abr. 2013].

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

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Disponible en

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf) [Consulta 20 abr. 2013].

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

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad*. Recuperado de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf) [Consulta 29 abr. 2013].

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado de [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5\\_Declaracion\\_de\\_Yakarta.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf) [Consulta 20 abr. 2013].

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

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

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf> [Consulta 20 abr. 2013].

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [Consulta 3 may. 2013].

Organización Mundial de la Salud. (1948) *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [Consulta 22 jun. 2013].

## **Entrevistas**

Aguilar, S. (4 mar. 2015). Entrevista personal a Saúl Aguilar, jefe de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Carmona, S. (8 abr. 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.

- Carmona, S. (17 set. 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.
- Carmona, S. (11 mar. 2015). 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.
- Estudiante 1. (5 nov. 2014). Entrevista personal anónima, estudiante de residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica.
- Estudiante 2. (5 nov. 2014). Entrevista personal anónima, estudiante de horas beca de la Universidad de Costa Rica.
- Estudiante 3. (3 nov. 2014). Entrevista personal anónima, estudiante de residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica.
- Estudiante 4. (3 nov. 2014). Entrevista personal anónima, estudiante de residencias estudiantiles de la Universidad de Costa Rica.
- Navarro, R. (11 ago. 2015). Entrevista personal telefónica, Sub-Contralora de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.
- Urroz, O. (10 jun. 2013). Entrevista personal al Dr. Orlando Urroz, director del Hospital Nacional de Niños, director del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- Zúñiga, A. (25 feb. 2014). Entrevista personal a Ana Yancy Zúñiga Bermúdez, nutricionista de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Zúñiga, A. (26 mar. 2014). Entrevista personal a Ana Yancy Zúñiga Bermúdez, nutricionista de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

#### **Otro tipo de material**

- Aguilar, M. (2015). Cuadro 4. Actividad Física y Recreación: subtemas, contenidos y referencias, Gestores Estudiantiles en Salud 2015. Archivo en formato Word.
- Boza, A; Coronado, E; Fernández, A. (2002). *Diseño de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad del Servicio e Información Integral en la Unidad de Promoción y Servicios de Salud de la Universidad de Costa Rica*. (Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ingeniería Industrial). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2007). Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. San José: CCSS

- Carmona, S. (s.f.). Gestores Estudiantiles de la Salud: una oportunidad de crecimiento. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Carmona, S. (2009). Diseño de Proyecto: BONUS VITAE. Documento en versión digital en formato doc.
- Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud. (2013). Boletín Estadístico Mensual: Marzo 2013. Archivo en versión digital en formato PDF.
- Escoto, E. (2015). Cuadro 5. Sexualidad Integral: subtemas, contenidos y referencias, Gestores Estudiantiles en Salud 2015. Archivo en formato Word.
- Fernández, R; Torres, N; Elizondo, F. (1997). *Calidad de la Atención en la Clínica del Cantón de Buenos Aires*. (Práctica de Investigación para optar por la Maestría en Salud Pública, Mención en Gestión de Políticas en Salud). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
- Gómez, S. (2015). Cuadro 6. Farmacodependencia: subtemas, contenidos y referencias, Gestores Estudiantiles en Salud 2015. Archivo en formato Word.
- 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.
- Madrigal, C; Prado, T; Bonilla, R. (1998). *Evaluación en la calidad de la atención que se brinda a los usuarios de los EBAS a partir del análisis de la experiencia en la Región Brunca*. (Práctica de Investigación para optar por la Maestría en Salud Pública, Mención en Gerencia en Salud). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
- Marín, M. (2015). Cuadro 7. Salud Bucodental: subtemas, contenidos y referencias, Gestores Estudiantiles en Salud 2015. Archivo en formato Word.
- Mathieu-Madrigal, W. (2012). Estructura y funcionamiento de la Oficina de Bienestar y Salud normativos. Documento en versión digital, en formato Word.
- Ministerio de Salud. (2004). Perfil del sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. San José: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file> [Consulta 10 dic. 2015].
- Ministerio de Salud. (2011). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Recuperado de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/modelo-conceptual-](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file)

y-estrategico/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud/file [Consulta 10 dic. 2015].

- Ministerio de Salud. (2015). Legislación sobre servicios de salud: Habilitación de servicios de salud. (Decretos 30186 y 30698). Recuperado de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/servicios-de-salud> [Consulta 10 dic. 2015].
- Monge, F. (2015). Cuadro 2. Alimentación Saludable: subtemas, contenidos y referencias, Gestores Estudiantiles en Salud 2015. Archivo en formato Word.
- Núñez, M. (2015). Cuadro 3. Salud Mental: subtemas, contenidos y referencias, Gestores Estudiantiles en Salud 2015. Archivo en formato Word.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. Editorial Organización Panamericana de la Salud: San José.
- Real Academia Española. (2013a). Diccionario: Promover. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=promoci%C3%B3n> [Consulta 22 jun 2013].
- Real Academia Española. (2013b). Diccionario: Calidad. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad> [Consulta 22 jun 2013].
- Rodríguez, M. (2002). Ley 8239 sobre derechos y deberes de la persona usuaria de los servicios de salud públicos y privados. Recuperado de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos%20humanos/leyes/leyusuariossalud.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/leyes/leyusuariossalud.pdf) [Consulta 20 ene. 2013].
- Unidad de Promoción de la Salud. (2014). Plan Anual Operativo 2014 de la Unidad de Promoción de la Salud, Oficina de Bienestar y Salud, Universidad de Costa Rica. Documento en versión digital, en formato Word.
- Vilchez, V. (2010). *Construcción del concepto de Promoción de la Salud en la práctica transdisciplinaria*. (Tesis para optar por el grado y título de Maestría Académica en Ciencias de la Enfermería). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### Escala SERVQUAL sobre expectativas aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae

Este instrumento fue aplicado a una muestra de 98 personas de residencias estudiantiles quienes participaron en las dos actividades (convivio y taller) realizadas por la Unidad de Promoción de la Salud.

*Universidad de Costa Rica – Oficina de Bienestar y Salud – Unidad de Promoción de la Salud*

N°:

#### Instrumento de evaluación de la calidad del servicio por recibir

Cuando somos invitados a participar en una actividad como la que nos ocupa, nos creamos una **EXPECTATIVA** en el momento previo a la actividad. Agradecemos su colaboración para conocer la suya, para lo cual sírvase marcar con "X" la opción que mejor se ajuste a su criterio. La escala es de 1 a 7, siendo 1: fuertemente en desacuerdo y 7 fuertemente de acuerdo. Para efectos del procesamiento de los datos, le pedimos llenar la información a continuación, ésta será manejada de forma confidencial y anónima en la publicación del estudio.

*Nota: Tal y como se le dijo en la carta adjunta, esta información brindada será utilizada por esta investigadora para un estudio sobre satisfacción de los usuarios de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud, para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud. Lo que usted marque será manejado en forma confidencial y anónima por esta investigadora, sólo interesa generar datos agregados. Nadie de la Oficina de Bienestar y Salud, de la Unidad de Promoción de la Salud leerá estos instrumentos que llena usted como estudiante.*

Ítems a evaluar según las dimensiones de calidad			Escala de calificación						
			En fuerte desacuerdo / En fuerte acuerdo						
			1	2	3	4	5	6	7
Tangibilidad	1	El sitio donde se realiza el convivio debe ser adecuado para la actividad a realizar							
	2	La presentación de las personas facilitadoras debe ser aseada y apropiada para el convivio a realizar							
	3	Los materiales a utilizar en el convivio deben ser atractivos visualmente							
Fiabilidad	4	Las personas facilitadoras deben respetar el horario de inicio del convivio							
	5	El orden de las actividades del convivio debe facilitar el logro de los objetivos							
	6	Se debe disponer de todos los materiales requeridos para la ejecución de las actividades planeadas del convivio							
	7	Las actividades del convivio deben ejecutarse según una previa planificación							
	8	Las personas facilitadoras deben respetar el horario de finalización del convivio							

Ítems a evaluar según las dimensiones de calidad			Escala de calificación						
			En fuerte desacuerdo / En fuerte acuerdo						
			1	2	3	4	5	6	7
Capacidad de Respuesta	9	Las personas facilitadoras deben atender todas las consultas que emerjan durante el convivio							
	10	Las personas facilitadoras deben mantener una actitud conveniente durante la ejecución del convivio							
	11	Las personas facilitadoras deben mostrar habilidades de comunicación suficientes a lo largo del convivio							
	12	Las personas facilitadoras deben hacer lo necesario para atender las necesidades de los participantes del convivio							
	13	Las personas facilitadoras deben utilizar técnicas creativas e innovadoras durante el convivio							
Responsabilidad	14	Las personas facilitadoras deben mostrar conocimientos teórico-prácticos suficientes para llevar acabo el convivio							
	15	Las personas facilitadoras deben estar atentos a todos los acontecimientos durante el convivio							
	16	Las respuestas a las consultas deben ser suficientes y oportunas durante el convivio							
	17	El comportamiento de los de las personas facilitadoras del convivio debe transmitir confianza							
Empatía	18	Las personas facilitadoras deben mostrar interés por las necesidades individuales de los participantes del convivio							
	19	Las personas facilitadoras deben estimular la participación de los participantes del convivio							
	20	Las personas facilitadoras deben ser flexibles ante necesidades específicas durante el convivio							
	21	Las personas facilitadoras deben ser accesibles durante toda la ejecución del convivio							
	22	Las personas facilitadoras deben mantener el equilibrio ante intereses particulares a lo largo del convivio							

¡Muchas gracias por su colaboración!

## Anexo 2

### Escala SERVQUAL sobre percepciones aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae

Este instrumento fue aplicado a una muestra de 98 personas de residencias estudiantiles quienes participaron en las dos actividades (convivio y taller) realizadas por la Unidad de Promoción de la Salud.

*Universidad de Costa Rica – Oficina de Bienestar y Salud – Unidad de Promoción de la Salud*

N°:

#### Instrumento de evaluación de la calidad del servicio recibido

Cuando somos invitados a participar en una actividad como la que nos ocupa, nos creamos una **PERCEPCIÓN** en el momento posterior a la actividad. Agradecemos su colaboración para conocer la suya, para lo cual sírvase marcar con "X" la opción que mejor se ajuste a su criterio. La escala es de 1 a 7, siendo 1: fuertemente en desacuerdo y 7 fuertemente de acuerdo.

*Nota: Tal y como se le dijo en la carta adjunta, esta información brindada será utilizada por esta investigadora para un estudio sobre satisfacción de los usuarios de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud, para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud. Lo que usted marque será manejado en forma confidencial y anónima por esta investigadora, sólo interesa generar datos agregados. Nadie de la Oficina de Bienestar y Salud, de la Unidad de Promoción de la Salud leerá estos instrumentos que llena usted como estudiante.*

Ítems a evaluar según las dimensiones de calidad			Escala de calificación						
			En fuerte desacuerdo / En fuerte acuerdo						
			1	2	3	4	5	6	7
Tangibilidad	1	El sitio donde se realizó el convivio fue adecuado para la actividad que se realizó							
	2	La presentación de las personas facilitadoras fue aseada y apropiada para el convivio realizado							
	3	Los materiales utilizados en el convivio fueron atractivos visualmente							
Fiabilidad	4	Las personas facilitadoras respetaron el horario de inicio del convivio							
	5	El orden de las actividades del convivio facilitó el logro de los objetivos							
	6	Se dispuso de todos los materiales requeridos para la ejecución de las actividades planeadas del convivio							
	7	Las actividades del convivio se ejecutaron según una previa planificación							
Capacidad	8	Las personas facilitadoras respetaron el horario de finalización del convivio							
	9	Las personas facilitadoras atendieron todas las consultas emergentes durante el convivio							

Ítems a evaluar según las dimensiones de calidad		Escala de calificación							
		En fuerte desacuerdo / En fuerte acuerdo							
		1	2	3	4	5	6	7	
	10	Las personas facilitadoras mantuvieron una actitud conveniente durante la ejecución del convivio							
	11	Las personas facilitadoras mostraron habilidades de comunicación suficientes a lo largo del convivio							
	12	Las personas facilitadoras hicieron lo necesario para atender las necesidades de los participantes del convivio							
	13	Las personas facilitadoras utilizaron técnicas creativas e innovadoras durante el convivio							
Responsabilidad	14	Las personas facilitadoras mostraron conocimientos teórico-prácticos suficientes para llevar a cabo el convivio							
	15	Las personas facilitadoras estuvieron atentos a todos los acontecimientos durante el convivio							
	16	Las respuestas a las consultas fueron suficientes y oportunas durante el convivio							
	17	El comportamiento de los de las personas facilitadoras del convivio transmitió confianza							
Empatía	18	Las personas facilitadoras mostraron interés por las necesidades individuales de los participantes del convivio							
	19	Las personas facilitadoras estimularon la participación de los participantes del convivio							
	20	Las personas facilitadoras del convivio fueron flexibles ante necesidades específicas							
	21	Las personas facilitadoras fueron accesibles durante toda la ejecución del convivio							
	22	Las personas facilitadoras mantuvieron el equilibrio ante intereses particulares a lo largo del convivio							

¡Muchas gracias por su colaboración!

### Anexo 3

#### Guía de Entrevista Semiestructurada aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae

Este instrumento se aplicó a una muestra de 4 estudiantes, los cuales participaron en alguna de las dos actividades (convivio y taller) o ambas, realizadas por la Unidad de Promoción de la Salud.

Universidad de Costa Rica – Oficina de Bienestar y Salud – Unidad de Promoción de la Salud

#### Entrevista para conocer expectativas y percepciones con respecto a la calidad del servicio brindado

LEER: Tal y como se le dijo en la carta adjunta, esta información brindada será utilizada por esta investigadora para un estudio sobre satisfacción de los usuarios de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud, para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud.

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre aspectos relacionados a su satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud a la que usted asistió (realizado en el marco del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud). Las preguntas se enfocan en su experiencia en relación a la actividad, contemplando la satisfacción desde las siguientes dimensiones: elementos tangibles, confiabilidad, responsabilidad, capacidad de respuesta y empatía; así también como elementos formadores de expectativas, los cuales son: comunicación boca – oído, necesidades personales, experiencias previas y comunicaciones externas. Cabe destacar que:

1. La entrevista durará aproximadamente 30 minutos.
2. En cualquier momento que se sienta incómodo, puede manifestarlo y se hace una pausa o una cesación total de la entrevista.
3. El audio de la entrevista se grabará si usted así lo permite.

#### Guía de preguntas

DIMENSIÓN	PREGUNTAS
1. Expectativa	1.1 ¿Podría usted describirme cual fue su expectativa de satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud antes de asistir a este?
2. Comunicaciones boca – oído	2.1 De forma previa al convivio, ¿Expresó usted alguna frase y/o expresión que le generara una posición (positiva o negativa) ante el hecho de que debía ir al convivio?
3. Necesidades personales	3.1 ¿Cuáles necesidades personales influyeron en su expectativa de satisfacción antes de ir al convivio de promoción de la salud?
4. Experiencias previas	4.1 ¿Cuáles experiencias previas influyeron en su expectativa de satisfacción en el momento previo al convivio de promoción de la salud?
5. Comunicaciones externas	5.1 ¿Cuáles comunicaciones externas a usted influyeron en la formación de su expectativa con respecto al convivio de promoción de la salud?
6. Percepción	6.1 ¿Podría usted describirme cual fue su percepción de satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud luego de asistir a este?
7. Elementos Tangibles	7.1 Entendiendo elementos tangibles como: <i>instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal</i> , ¿cuáles aspectos de dichos elementos tangibles influyeron en su percepción del convivio de promoción de la salud? ¿De qué manera influyeron?
8. Confiabilidad	8.1 Partiendo de que la confiabilidad es <i>la capacidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y precisa</i> , ¿De qué manera estos aspectos sobre la confiabilidad determinaron su percepción de satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud?

DIMENSIÓN	PREGUNTAS
9. Responsabilidad	9.1 Sabiendo de antemano que la responsabilidad es <i>el conocimiento y la cortesía del personal así como su capacidad para inspirar confianza</i> , ¿De qué manera estos aspectos sobre la responsabilidad influyeron en su satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud?
10. Capacidad de respuesta	10.1 Entendiendo capacidad de respuesta como <i>la voluntad de ayudar a los clientes y ofrecer un servicio rápido y oportuno</i> , ¿De qué forma estos aspectos de la capacidad de respuesta determinaron su percepción de satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud?
11. Empatía	11.1 Sabiendo que empatía es <i>el cuidado y la atención individualizada que los facilitadores ofrece a sus usuarios</i> , ¿Cómo estos aspectos de la empatía influyeron en su percepción de satisfacción con respecto al convivio de promoción de la salud?
12. Satisfacción Global	12.1 Tomando en cuenta todos los elementos discutidos de forma global, ¿cómo describiría en términos de su satisfacción hacia el servicio brindado su experiencia de participación en el convivio de promoción de la salud?

¡Muchas gracias por su colaboración!

## Anexo 4

### Guía de Grupo Focal aplicada a satisfacción del usuario de los servicios del Proyecto Bonus Vitae

Este instrumento se aplicó al personal sanitario operativo de la Unidad de Promoción de Salud (7 de los 8 profesionales que conforman el equipo de trabajo). También se aplicó a un grupo de 4 Gestores Estudiantiles en Salud quienes coordinaron los ejes temáticos de sexualidad integral, farmacodependencia, actividad física y recreación así como salud bucodental (cabe destacar que faltaron dos coordinadores quienes por razones de fuerza mayor no pudieron asistir al grupo focal).

*Universidad de Costa Rica – Oficina de Bienestar y Salud – Unidad de Promoción de la Salud*

#### Grupo Focal sobre el perfil de expectativas de los usuarios de los servicios de Promoción de la Salud

LEER: Tal y como se le dijo en la carta adjunta, esta información brindada será utilizada por esta investigadora para un estudio sobre satisfacción de los usuarios de los servicios de la Unidad de Promoción de la Salud, para optar por el grado de licenciatura en Promoción de la Salud.

Me gustaría hacerles algunas preguntas para conocer cómo ustedes como prestatarios de los servicios de promoción de la salud ven el perfil de expectativas que poseen los usuarios de los servicios que se prestan (específicamente con respecto al convivio y la charla planificados con estudiantes de residencias estudiantiles). Las preguntas se enfocan en la expectativa del usuario determinada por las siguientes dimensiones: elementos tangibles, confiabilidad, responsabilidad, capacidad de respuesta y empatía; así también como elementos formadores de expectativas, los cuales son: comunicación boca – oído, necesidades personales, experiencias previas y comunicaciones externas. Cabe destacar que:

1. El grupo focal durará aproximadamente 60 minutos.
2. En cualquier momento que alguien se sienta incómodo, puede manifestarlo y se hace una pausa o una cesación total de la entrevista.
3. Existe total libertad de expresión, siempre bajo normas básicas de respeto.
4. Se pide evitar el uso de teléfonos y/o celulares durante la sesión.
5. El uso de la palabra debe darse de forma ordenada e individual para facilitar el procesamiento de la información.
6. El audio de la entrevista se grabará con consentimiento previo de los participantes.

#### Guía de preguntas

DIMENSIÓN	Nº	PREGUNTAS
1. Expectativa	1	1.1 ¿Cómo describirían de forma global la expectativa que tienen las personas usuarios de los servicios de Promoción de la Salud que ustedes prestan?
2. Comunicaciones boca – oído	2	2.1 ¿De qué manera influye lo mencionado y manifestado por las y los estudiantes previo a la actividad en relación al hecho de que deben asistir al mismo?
	3	2.2 De forma previa a la actividad, ¿Qué frases y/o expresiones (positivos o negativos) consideran que mencionan las y los estudiantes ante el hecho de que deben asistir?
3. Necesidades personales	4	3.1 ¿De qué manera influyen las necesidades personales de las y los estudiantes previo a la actividad en sus expectativas sobre el mismo?
	5	3.2 ¿Cuáles necesidades personales influyen en la expectativa de satisfacción de las y los estudiantes antes de ir a la actividad de promoción de la salud?

DIMENSIÓN	Nº	PREGUNTAS
4. Experiencias previas	6	4.1 ¿De qué manera influyen en la expectativa de las y los estudiantes las experiencias previas que posean en relación al uso de servicios de salud?
	7	4.2 ¿Cuáles experiencias previas de las y los estudiantes influyen en la expectativa de satisfacción en el momento previo a la actividad de promoción de la salud?
5. Comunicaciones externas	8	5.1 ¿De qué manera influyen las comunicaciones externas en la formación de la expectativa de las y los estudiantes participantes de la actividad?
	9	5.2 ¿Cuáles comunicaciones externas a usted influyeron en la formación de su expectativa con respecto a la actividad de promoción de la salud?
6. Elementos Tangibles	10	6.1 Entendiendo elementos tangibles como: instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal, ¿cómo describiría los elementos tangibles ideales para cumplir a cabalidad con la expectativa de las y los estudiantes participantes de la actividad?
7. Confiabilidad	11	7.1 Partiendo de que la confiabilidad es la capacidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y precisa. ¿cómo describiría la confiabilidad ideal para cumplir a cabalidad con la expectativa de las y los estudiantes participantes de la actividad?
8. Responsabilidad	12	9.1 Sabiendo de antemano que la responsabilidad es el conocimiento y la cortesía del personal así como su capacidad para inspirar confianza, ¿cómo describiría esa responsabilidad ideal para cumplir a cabalidad con la expectativa de las y los estudiantes participantes de la actividad?
9. Capacidad de respuesta	13	10.1 Entendiendo capacidad de respuesta como la voluntad de ayudar a los clientes y ofrecer un servicio rápido y oportuno, ¿cómo describiría la capacidad de respuesta ideal para cumplir a cabalidad con la expectativa de las y los estudiantes participantes de la actividad?
10. Empatía	14	11.1 Sabiendo que empatía es el cuidado y la atención individualizada que el servicio de salud ofrece a sus usuarios, ¿cómo describiría la empatía ideal para cumplir a cabalidad con la expectativa de las y los estudiantes usuarios de la actividad?

¡Muchas gracias por su colaboración!

## Anexo 5

### **Carta de presentación a usuarios del proyecto Bonus Vitae (para escala SERVQUAL)**

Esta carta se entregó a la totalidad de estudiantes que participaron en la aplicación de la escala SERVQUAL durante las dos actividades (convivio y taller) realizados por la Unidad de Promoción de la Salud.

Xxx de xxx, 2014

Usuario del Proyecto Bonus Vitae  
Unidad de Promoción de la Salud  
Oficina de Bienestar y Salud  
Universidad de Costa Rica

Estimada persona usuaria, mi nombre es Verónica Cristina Gamboa Lizano, y para optar a la licenciatura en Promoción de la Salud estoy desarrollando el Proyecto de Graduación “Satisfacción del usuario de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae, desde la perspectiva usuaria y del personal sanitario operativo”.

Mi interés es conocer de su parte aspectos propios de su satisfacción (expectativas antes de iniciar la actividad y/o intervención y percepción posterior a la participación). Será un cuestionario que le pediré llenar de forma auto-suministrada y que incluso le muestro por adelantado si usted así lo desea.

Cabe mencionar que no hay preguntas familiares, socioeconómicas, personales o de otro tipo. Los datos me interesan para un análisis agregado conforme lo que digan otros usuarios así que nadie conocerá de su criterio específico, las respuestas se presentarán con carácter anónimo. Incluso tiene usted el derecho en cualquier momento de retirarse si así lo desea.

Le agradezco si me regala unos cuantos minutos para la aplicación del instrumento en mención.

---

Verónica Gamboa Lizano

Cel. 8705-4670

Email: vergamli\_22@hotmail.com

## Anexo 6

### **Carta de presentación a usuarios del proyecto Bonus Vitae (para entrevista semi-estructurada)**

Esta carta se entregó a las y los estudiantes que participaron en la entrevista semi-estructurada, los cuales participaron en las dos actividades (convivio y taller) o en al menos una de ellas, realizadas por la Unidad de Promoción de la Salud.

Xxx de xxx, 2014

Usuario del Proyecto Bonus Vitae  
Unidad de Promoción de la Salud  
Oficina de Bienestar y Salud  
Universidad de Costa Rica

Estimada persona usuaria, mi nombre es Verónica Cristina Gamboa Lizano, y para optar a la licenciatura en Promoción de la Salud estoy desarrollando el Proyecto de Graduación “Satisfacción del usuario de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae, desde la perspectiva usuaria y del personal sanitario operativo”.

Mi interés es conocer de su parte aspectos propios de su satisfacción (expectativas antes de iniciar la actividad y/o intervención y percepción posterior a la participación), para lo cual se realizará una entrevista semi-estructurada y que incluso le puedo mostrar las preguntas por adelantado si usted así lo desea.

Cabe mencionar que no hay preguntas familiares, socioeconómicas, personales o de otro tipo. Los datos me interesan para un análisis agregado conforme lo que digan otros usuarios así que nadie conocerá de su criterio específico, las respuestas se presentarán con carácter anónimo. Incluso tiene usted el derecho en cualquier momento de retirarse si así lo desea.

Le agradezco si me regala unos cuantos minutos para la aplicación del instrumento en mención.

---

Verónica Gamboa Lizano

Cel. 8705-4670

Email: vergamli\_22@hotmail.com

## **Anexo 7**

### **Carta de presentación a miembros del proyecto Bonus Vitae**

Esta carta se entregó a las y los estudiantes miembros del proyecto Bonus Vitae que participaron en el grupo focal sobre el perfil de expectativas de los usuarios directos de la Unidad de Promoción de la Salud.

Xxx de xxx, 2014

Miembro del Proyecto Bonus Vitae  
Unidad de Promoción de la Salud  
Oficina de Bienestar y Salud  
Universidad de Costa Rica

Estimado miembro del proyecto Bonus Vitae, mi nombre es Verónica Cristina Gamboa Lizano, y para optar a la licenciatura en Promoción de la Salud estoy desarrollando el Proyecto de Graduación “Satisfacción del usuario de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae, desde la perspectiva usuaria y del personal sanitario operativo”.

Mi interés es tener su colaboración para caracterizar el perfil de las expectativas de satisfacción del usuario con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud desde su perspectiva como personal operativo.

Cabe mencionar que no hay preguntas familiares, socioeconómicas, personales o de otro tipo. Los datos me interesan para un análisis agregado conforme lo que digan otros usuarios así que nadie conocerá de su criterio específico, las respuestas se presentarán con carácter anónimo. Incluso tiene usted el derecho en cualquier momento de retirarse si así lo desea.

Le agradezco si me regala unos cuantos minutos para la aplicación del instrumento en mención.

---

Verónica Gamboa Lizano

Cel. 8705-4670

Email: vergamli\_22@hotmail.com

## Anexo 8

### **Carta de presentación a personal sanitario involucrado en el proyecto Bonus Vitae**

Esta carta se entregó al personal operativo vinculado al proyecto Bonus Vitae que participó en el grupo focal sobre el perfil de expectativas de los usuarios directos de la Unidad de Promoción de la Salud.

Xxx de xxx, 2014

Personal sanitario  
Unidad de Promoción de la Salud  
Oficina de Bienestar y Salud  
Universidad de Costa Rica

Estimado profesional en salud, mi nombre es Verónica Cristina Gamboa Lizano, y para optar a la licenciatura en Promoción de la Salud estoy desarrollando el Proyecto de Graduación “Satisfacción del usuario de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae, desde la perspectiva usuaria y del personal sanitario operativo”.

Mi interés es tener su colaboración para caracterizar el perfil de las expectativas de satisfacción del usuario con respecto a los servicios del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud desde su perspectiva como personal operativo.

Cabe mencionar que no hay preguntas familiares, socioeconómicas, personales o de otro tipo. Los datos me interesan para un análisis agregado conforme lo que digan otros usuarios así que nadie conocerá de su criterio específico, las respuestas se presentarán con carácter anónimo. Incluso tiene usted el derecho en cualquier momento de retirarse si así lo desea.

Le agradezco si me regala unos cuantos minutos para la aplicación del instrumento en mención.

---

Verónica Gamboa Lizano

Cel. 8705-4670

Email: vergamli\_22@hotmail.com

## Anexo 9

### Tablas de contenidos completas, según Ejes Temáticos de Bonus Vitae

Estas tablas fueron construidas de forma individual por cada uno de los coordinadores de los ejes temáticos de Bonus Vitae

#### 9.1 Alimentación Saludable

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Lectura de etiquetas	Grasas trans, azúcares y carbohidratos.	Se tenía un banner en grande de alguna etiqueta y así se explicaba cómo se debían leer las etiquetas de los alimentos que compramos, posteriormente se tenían distintas etiquetas de alimentos que consumimos diariamente, ya fueran jugos, refrescos, galletas entre otros y se ponía a las personas a participar para saber que nos comprendieron.	Lic. Ana Yanci
Tiempos de comida	Los 5 tiempos de comida que debemos realizar diariamente.	Mediante un plato plástico y grande, el cual contenía los diferentes grupos de alimentos (carbohidratos, frutas y vegetales, proteínas y grasas y azúcares) se explicaba que se debía consumir en las comidas completas y en qué cantidades, asimismo en las meriendas. De igual forma se explicaba en que nos ayuda cada grupo de alimentos.	Lic. Ana Yanci
Grasa y azúcar de los alimentos que consumimos frecuentemente.	Comidas rápidas y alimentos no tan saludables.	Mediante modelos de diferentes alimentos, como hamburguesas, pizza, gaseosas, panes rellenos, helados, entre otros; se explicaba por medio de los ensayos que contenían la grasa y azúcar de cada alimento, para que así se dieran cuenta la cantidad que consumíamos de azúcar y grasa a la hora de ingerir dichos alimentos, de igual forma se les indicaba la cantidad adecuada y diaria que debemos consumir.	Lic. Ana Yanci
Meriendas fáciles	Alimentos diferentes que nos permiten una buena alimentación	Con el modelo de grupo de alimentos dábamos ideas de cómo preparar meriendas sencillas y fáciles, las cuales iban a permitir una mejor alimentación.	Lic. Ana Yanci

Fuente: Elaborado por Fiorella Monge, Gestora Estudiantil en Salud de Bonus Vitae 2015.

## 9.2 Salud Mental

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Controversias</li> <li>- Factores Psico-sociales que inciden en problemas de salud mental</li> </ul>	Se muestra por medio de una breve explicación magistral del concepto de la salud mental integral.	Documentos elaborados y facilitados por la coordinadora de Bonus Vitae, Licda. Shirley Carmona.
Estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causas</li> <li>- <i>Tips</i> anti estrés</li> <li>- Relajación</li> </ul>	<p>Se elaboran <i>brochoures</i> informativos con las diferentes causas del estrés y algunos <i>tips</i> que pueden ayudar a reducir el estrés.</p> <p>Se dan calcomanías con <i>tips</i> anti estrés como obsequios. Además se realiza una breve sesión de relajación, por medio de un toldo adaptado para este fin.</p>	Neal, C. 2011. 52 <i>Maneras de Reducir el Estrés en su Vida</i> . Thomas Nelson Inc. Entre otras buscadas en su momento en el internet.
Emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Tipos</li> <li>- Manejo de emociones</li> </ul>	<p>Por medio de un diálogo interactivo se conoce qué es para los estudiantes las emociones.</p> <p>Además como actividad para que sea más interactivo, se ponen situaciones hipotéticas para que la persona pueda describir cómo reaccionaría ante esa situación, y así poder introducir el tema del manejo de emociones.</p>	Mártin, D; Boeck, K. 2007 EQ. Qué es inteligencia emocional: Cómo lograr que las emociones determinen nuestro triunfo en todos los ámbitos de la vida. 9ª ed. EDAF. Entre otras buscadas en su momento en el internet.
Manejo del tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo invierte usted su tiempo?</li> <li>- Procrastinación</li> <li>- Planificación y organización</li> </ul>	<p>Por medio de una charla interactiva se hace conciencia a los estudiantes sobre cómo están manejando ellos el tiempo.</p> <p>Se les da <i>tips</i> y un planificador base como recomendación para que se logren planificar y organizar mejor.</p>	Quirós, B; Vargas, A. 2013. Proyecto Formativo Educación para la Salud SA0015: Propuesta de Proyecto "A Tiempo para Vivir". UCR. Entre otras buscadas en su momento en el internet.

Fuente: Elaborado por Mónica Núñez, Gestora Estudiantil en Salud de Bonus Vitae 2015.

### 9.3 Actividad Física y Recreación

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Actividad Física	Beneficios Mitos Definición ¿Cómo hacer actividad física con poco tiempo? Actividades recomendadas y su tiempos durante el día	Actividades lúdicas grupales o individuales Exposición oral Interacción con personas, con base a lo cual se refuerza o se corrige la información Pirámide de la actividad física Uso de habladores Juego “Yo pregunto, ustedes contestan” Uso y creación de videos explicativos sobre la forma de realizar actividad física Videos con rutinas de ejercicios con poco tiempo y pocos materiales o recursos	Trabajo Final de Graduación de Juan Manuel Camacho Solano Aportes de los miembros del equipo que estuvieron en las capacitaciones Aporte de la estudiante de educación física Karla Morales Entrevistas con Juan Manuel Camacho Solano
Recreación	Recreación vrs diversión Diferencias entre recreación y diversión Lugares donde realizar actividades recreativas en la U Concepto de recreación Actividades que pueden ser consideradas como recreación y al gente por lo general no lo sabe Beneficios de la recreación	Uso de brochoures informativos Uso de la técnica “Sabías que...” Promoción de los juegos tradicionales	

Fuente: Elaborado por Marvin Aguilar, Gestor Estudiantil en Salud de Bonus Vitae 2015.

## 9.4 Sexualidad Integral

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Componente biológico	Anatomía y Fisiología de sistemas reproductores	Utilización de modelos de sistemas	Geosalud (sf). Fases del ciclo Menstrual. Recuperado de <a href="http://geosalud.com/ginecologia/menst.fases.htm">http://geosalud.com/ginecologia/menst.fases.htm</a> el 15 de agosto del 2013
	Respuesta sexual humana	Explicación sobre la función	Gutiérrez Teira, B. (2010). La respuesta sexual humana. AMF, 543-46
	Hormonas sexuales		Guyton, A. Hall, J. (10ta Edición) (2001). Tratado de Fisiología Médica. México D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A
	Menstruación y Ciclo Menstrual	Modelo y explicación	Latarjet, M., & Ruiz Liard, A. (2006). Anatomía Humana. Buenos Aires: Médica Panamericana Libros vivos.net. (s.f). Ciclo menstrual y Ovulación. Recuperado de <a href="http://www.librosvivos.net/smtc/pagporformulario.asp?idIdioma=ES&amp;TemaClave=1064&amp;pagina=6&amp;est=2">http://www.librosvivos.net/smtc/pagporformulario.asp?idIdioma=ES&amp;TemaClave=1064&amp;pagina=6&amp;est=2</a> el 15 de agosto del 2013
Métodos Anti-conceptivos	Métodos naturales	Explicación	Moore, K., Persaud, T., (6ta Edición) (2001). Embriología Clínica. México D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A
	Métodos de barrera	Demostración con modelos y Explicación de uso correcto.	Rosenberg, S. (1973). Disturbances in the self-images at adolescence. American Sociological Review, 553-568.
	Métodos hormonales		Ross, M., & Pawlina. W. (2007). Histología: texto y atlas a color con biología celular y molecular. Buenos Aires: Médica Panamericana
	Enfermedades de transmisión sexual	Explicación	Silverthorn, D. U. (2009). Fisiología humana: un enfoque integrado. Buenos Aires: Médica Panamericana. Sobotta, J. (2006). Tronco, abdomen y miembro inferior . Buenos Aires: Médica Panamericana The American Congress of Obstetricians and Gyneciligists (2010) <a href="http://www.acog.org/For%20Patients/Search%20Patient%20Education%20Pamphlets%20-%20Spanish/Files/Sindrome%20premenstrual.aspx">http://www.acog.org/For%20Patients/Search%20Patient%20Education%20Pamphlets%20-%20Spanish/Files/Sindrome%20premenstrual.aspx</a> . Visitado el 15 de agosto del 2013

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Género	Concepto y elementos	Explicación y dinámicas de identificación	<p>Bourque, S.; Conway, J. &amp; Scott, J. (1987) El concepto de género. The University of Ichigan Press.</p> <p>De Barbieri, T. (1997). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. San José, Costa Rica. Estudios básicos de Derechos Humanos. Vol. IV, pág. 47-84. Tomado el 29 de julio del 2013 del sitio web:  <a href="http://200.4.48.30/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_vivivir/2_genero/2.pdf">http://200.4.48.30/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_vivivir/2_genero/2.pdf</a></p> <p>Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". México: Nueva Antropología. Vol. III, No. 30. Tomado el 29 de julio del 2013 del sitio web:  <a href="http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt9.pdf">http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt9.pdf</a></p>
	Simbolismos		
	Identidad y Rol de Género	Identificación de prácticas	<p>Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. México: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Julio-setiembre, No. 21. Tomado el 29 de julio del 2013 del sitio web:  <a href="http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0585/11202105.pdf">http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0585/11202105.pdf</a></p> <p>Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. México: Cuicuilco. Vol. VII, No. 018. Tomado el 29 de julio del 2013 del sitio web:  <a href="http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/documentos/6/Diferencias%20de%20sexo%20Ogenero.pdf">http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/documentos/6/Diferencias%20de%20sexo%20Ogenero.pdf</a></p> <p>Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. México: PUEG. Tomado el 29 de julio del 2013 del sitio web:  <a href="http://www.iupuebla.com/tabasco/Maestrias/M_E_GENERO/MA_EGENERO/olamendi/EL%20GENERO%20UNA%20CATEGORIA%20UTIL%20PARA%20EL%20ANALISIS%20HISTORICO[1].pdf">http://www.iupuebla.com/tabasco/Maestrias/M_E_GENERO/MA_EGENERO/olamendi/EL%20GENERO%20UNA%20CATEGORIA%20UTIL%20PARA%20EL%20ANALISIS%20HISTORICO[1].pdf</a></p>

Autoestima	Concepto y Niveles	Dinámica del espejo Explicación del concepto	<p>Fallas, L. (s.f.). Consecuencias de una baja autoestima. Obtenido de <a href="http://www.centrodesuperacionpersonal.com/informacion_articulo.php?id=311">http://www.centrodesuperacionpersonal.com/informacion_articulo.php?id=311</a> Recuperado 2 de agosto de 2013.</p> <p>Crecimiento y Bienestar Personal. (2007). Autoestima Inflada. Obtenido de <a href="http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-inflada.html">http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-inflada.html</a> Recuperado 1 de agosto de 2013</p> <p>García, A. A. (s.f.). Autoestima y Autosuperación: Técnicas para su mejora. Obtenido de <a href="http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml">http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml</a> Recuperado 1 de agosto de 2013</p> <p>Marcuello, A. (s.f). Autoestima y Autosuperación: Técnicas para su mejora. Recuperado de <a href="http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml">http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml</a> el 1 de agosto de 2013</p> <p>Maslow, A. (1943). Motivación y Personalidad, Una teoría Sobre la Motivación Humana. Díaz de Santos S.A.</p>
	Consecuencias de los niveles		
Espiritualidad	Concepto	Explicación del concepto. Preguntas como: ¿Quién soy? ¿Para qué estoy aquí? ¿Cómo me veo en X años?	<p>Rozitchner, Alejandro. 2012. ¿Qué es la espiritualidad? La Nación, San José, Costa Rica. Recuperado el: 02 Agosto 2013, de: <a href="http://www.lanacion.com.ar/1506242-que-es-la-espiritualidad">http://www.lanacion.com.ar/1506242-que-es-la-espiritualidad</a></p>
	Relación con preguntas existenciales		

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Vínculos Afectivos	Concepto	<p>Pregunta: ¿A quién quiero más? ¿Quién es la persona más importante?</p> <p>Explicación del concepto. Pizarra de pensamientos y expresiones.</p>	<p>Guerra, G. (s.f.). La Elección de Pareja. Instituto Cognitivo Conductual. Nueva York Montejano, M. y Núñez, P. (2011). Factores que influyen en la elección de pareja para el matrimonio; tanto en hombres como en mujeres. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Quesada, Ariel; Repetur Karen. (2005) "Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas" Volumen 6</p> <p>Rojas, Silvia; Pujol, José Luis. (2009). "Los Vínculos Afectivos: lazos que nos unen en el bienestar y el dolor. Espejo de conocimiento". Congreso SEDIBAC</p> <p>Sánchez, Diana. (s.f.) La teoría del vínculo y su importancia en el desarrollo infantil</p> <p>Urizar, Maite. (2012) "Vínculo afectivo y sus trastornos." Psiquiatría, CSMIJ Galdakao. Bilbao</p> <p>Valdez, J; González, N; Arce, J; López, M. (2007). La Elección Real e Ideal de Pareja: Un estudio con Parejas Establecidas. Revista Interamericana de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México. Vol. 41. Núm. 3. Toluca, México.</p> <p>Valdez, L; González, N. y Sánchez, Z. (2005). Elección de pareja en Universitarios Mexicanos. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 10. Núm. 2 Universidad Autónoma del Estado de México</p>
	Beneficios y Efectos negativos		
	Elección de pareja		
Erotismo	Concepto	<p>Dinámica: Caja erótica, donde se encuentran diversos materiales y objetos para utilizar.</p>	
	Importancia de los sentidos		
	Auto erotismo		
Derechos sexuales y reproductivos	Derechos sexuales	<p>Explicación de derechos. Propuestas de casos para análisis e identificación. Relación con la vida diaria.</p>	<p>Ahumada, C., &amp; Kowalski-Morton, S. (2006). DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. Recuperado el 02 de 08 de 2013, de <a href="http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia_activista_dsd_r_withcover.pdf">http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia_activista_dsd_r_withcover.pdf</a></p> <p>Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). (2008). Derechos Sexuales: una declaración de IPPF. Londres, Inglaterra: IPPF</p>
	Derechos reproductivos		
	Relación con el diario vivir		

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Diversidad Sexual	Concepciones de diversidad	Diferencias entre orientaciones e identidad. Exposición de casos para análisis.	Flores, J. (2007). Diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión (Vol. 5). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Autónoma de México.
	Orientación sexual		García, C. (Setiembre de 2007). Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. Bogotá, Colombia: Colombia Diversa.
	Identidad de género		Mogrojevo, N. (2008). Diversidad Sexual, un concepto problemático. <i>Perspectiva</i> (18), 62-71 Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Movilh). (2010). Manual pedagógico para aminorar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en los establecimientos educacionales. Chile: Movilh Vázquez, M., & Caba, E. (2009). Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional. Recuperado el 02 de 08 de 2013, de <a href="http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf">http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf</a>

Fuente: Elaborado por Eliú Escoto. Gestor Estudiantil en Salud de Bonus Vitae 2015.

## 9.5 Farmacodependencia

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Fumado	Efectos del fumado Humo de segunda y tercera mano	Muestra de pulmones reales al público Entrega de panfletos con información Silueta del cuerpo humano	Documento "Las drogas, mitos y realidades" Capacitación brindada por parte de RENATA al grupo
Alcohol	Efectos del alcohol en el organismo	Muestra de órganos (corazón, hígado) al público	Capacitación brindada al grupo Documento "Las drogas, mitos y realidades"
Otras drogas (este no se exploto tanto en ferias)	Tipos de drogas Efectos secundarios Síndrome de abstinencia	Pecera de mitos y realidades	Documento "Las drogas, mitos y realidades"
Ley antitabaco	¿Qué es la ley? ¿Que estipula? Donde se puede fumar UCR libre de humo de tabaco	Fotografías de distintas áreas de la universidad Información de la ley Broches y demás artículos de concientización	Charla acerca de la ley Ley Antitabaco

Fuente: Elaborado por Stephanie Gómez, Gestora Estudiantil en Salud de Bonus Vitae 2015.

## 9.6 Salud Bucodental

Subtemas	Contenidos	Técnicas utilizadas	Referencias utilizadas
Instrumentos de limpieza	Tipos de Cepillo: duro y suave. Hilo dental. Enjuague bucal.	Breve explicación de la importancia de cada uno de ellos, y el significado de complemento que hay entre ellos. Así como cuáles son los más apropiados para mantener una sonrisa saludable.	Presentación Power Point facilitada por el la Red Costarricense de Universidades Promotoras de la Salud, en el eje de Salud Bucal de CONARE.
Técnicas de cepillado e hilado dental	Errores comunes al momento de cepillarse. Técnica correcta de cepillarse los dientes. Mito del uso de hilo dental (encías sangrantes) Aprovechamiento y uso correcto del hilo dental.	Mediante el uso de un Dentoformo, se hace un diagnóstico con la persona a la que se le brinda la información, para que esta muestre su método de limpieza bucal. A partir de ahí, se explica la técnica correcta. Además, se utiliza tinción para revelar placa dental y explicar las zonas donde se debe profundizar el proceso de limpieza.	<a href="http://www.colgate.com.ve/ap/CP/VE/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Oral-Hygiene/Brushing-and-Flossing.cvsp">http://www.colgate.com.ve/ap/CP/VE/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-Basics/Oral-Hygiene/Brushing-and-Flossing.cvsp</a>
Alimentos	Breve explicación de los alimentos que pueden generar caries más rápidamente. Alimentos carioestáticos y cariogénicos.	Presentación de manzanas y palomitas naturales de maíz como obsequio, para dar a conocer las propiedades que estos alimentos tienen	Cansillería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria de Galicia (2013) La dieta cariogénica, la peor para tu salud bucodental. Recuperado el 10 de febrero de 2014, de: <a href="http://www.edu.xunta.es/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf">http://www.edu.xunta.es/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf</a>  Moynihan, Paula (2008) Alimentos y factores de la dieta que previenen la caries dental
Recomendaciones	Consideraciones a tomar en cuenta en referencia del cepillo dental. Cepillo seco antes de usarse. Lavar el cepillo después de cada uso. Tiempo/vida útil del cepillo.	Elaboración de un "Sabias que" para plantear ideas simples que permiten ilustrar buenas prácticas de salud bucodental.	

Fuente: Elaborado por Moisés Marín, Gestora Estudiantil en Salud de Bonus Vitae 2015.