

**INCIDENCIAS DE RETIROS VOLUNTARIOS DE LA POBLACION
INDIGENA WAYUU DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN EL
DISTRITO DE RIOHACHA**

**BELKIS ESTHER GELIZ MAESTRE
ETHEL MARIA GARCIA MONTALVO
GINNY HAEL DIAZ PINTO**



**UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
ESCUELA DE POSGRADO
GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
RIOHACHA - LA GUAJIRA**

2019

**INCIDENCIAS DE RETIROS VOLUNTARIOS DE LA POBLACION INDIGENA
WAYUU DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN EL DISTRITO DE
RIOHACHA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en los servicios de Gerencia en Salud**

**Director: Jaider Genes
Ingeniero industrial**



**UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
ESCUELA DE POSGRADO
GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
RIOHACHA - LA GUAJIRA
2019**

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE DE JURADO

JURADO

JURADO

Riohacha, Marzo de 2023

DIDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he llegado hasta aquí, a mis hermanas por demostrarme el verdadero amor, me siento privilegiada de ser parte de sus vidas.

A mi esposo e hijas por ser el motor de mi vida, gracias por impulsarme a ser valiente y esforzarme cada día para ser realidad de nuestros sueños y por los que faltan

BELKIS GELIZ MAESTRE

DEDICATORIA

Llegar solo hasta aquí para alcanzar mi sueño, es imposible, fue un camino lleno de muchos sacrificios, luchas, alegrías, felicidad, pero sobre todo de mucha bendición; junto a esto encontré personas extraordinarias que merecen de mi parte un ¡Muchas Gracias!

Primeramente, a Dios, por iluminarme durante todo este camino, por dame la sabiduría necesaria para alcanzar este logro.

A la universidad de La Guajira, por creer en mí y abrirme las puertas para crecer personal y profesionalmente.

Indudablemente a mi Madre, a quien le debo lo que hoy soy como persona y como profesional, por la quien siempre viviré agradecida y a quien quiero ver siempre feliz. este logro, este sueño es tuyo, vendrán tiempos mejores, ¡Madre! quiero verte sonreír y este es un motivo para ello.

ETHEL MARIA GARCIA MONTALVO

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

CONTENIDO

RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO 1.....	15
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	15
1.1. <i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>15</i>
1.1.1. <i>Formulación del problema.....</i>	<i>19</i>
1.1.2. <i>Sistematización del problema</i>	<i>19</i>
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	20
1.2.1. <i>Objetivo general</i>	<i>20</i>
1.2.2. <i>Objetivo específico.....</i>	<i>20</i>
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	21
1.3.1. <i>Justificación teórica.....</i>	<i>21</i>
1.3.2. <i>Justificación práctica.....</i>	<i>21</i>
1.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	22
1.4.1. <i>Delimitación Temática o Teórica.....</i>	<i>22</i>
1.4.2. <i>Delimitación Histórica o Temporal</i>	<i>22</i>
1.4.3. <i>Delimitación Geográfica o espacial</i>	<i>22</i>
1.4.4. <i>Delimitación Demográfica.....</i>	<i>22</i>
2. MARCO REFERENCIAL	23
2.1. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	27
2.2. <i>Retiros voluntarios.....</i>	<i>29</i>
2.3. <i>Calidad del servicio</i>	<i>31</i>
2.4. <i>Elementos de la calidad de servicio</i>	<i>32</i>
2.5. <i>Confianza.....</i>	<i>33</i>
2.6. <i>Seguridad.....</i>	<i>34</i>
2.7. <i>Empatía</i>	<i>36</i>
2.8. <i>Tangibilidad.....</i>	<i>37</i>
2.9. <i>Capacidad de respuesta</i>	<i>39</i>
2.10. <i>Necesidades de servicios</i>	<i>40</i>
2.11. <i>Necesidades de ser comprendido</i>	<i>41</i>
2.12. <i>Necesidades de ser bien comprendido</i>	<i>43</i>
2.13. <i>Necesidad de sentirse importante.....</i>	<i>44</i>
2.14. <i>Necesidad de comodidad</i>	<i>45</i>
2.15. <i>Satisfacción del cliente</i>	<i>47</i>
2.16. <i>Satisfacción del cliente interno.....</i>	<i>47</i>
2.17. <i>Expectativas de remuneración</i>	<i>49</i>
2.18. <i>Expectativas de motivación.....</i>	<i>50</i>
2.19. <i>Expectativas de capacitación</i>	<i>51</i>
2.20. <i>Satisfacción del cliente externo</i>	<i>52</i>
2.21. <i>Expectativas del servicio deseado</i>	<i>54</i>
2.22. <i>Expectativas del servicio adecuado</i>	<i>56</i>
2.23. <i>Percepción del servicio</i>	<i>58</i>
CAPITULO 3.....	60
MARCO CONTEXTUAL	60
2.3. SISTEMA DE VARIABLES.....	60

2.4.	<i>Conceptualización de las variables</i>	60
2.5.	<i>Operacionalización de variables</i>	60
CAPITULO 4		62
3.	MARCO METODOLOGICO	62
3.1.	<i>ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN</i>	62
3.2.	<i>TIPO DE INVESTIGACIÓN</i>	63
3.3.	<i>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</i>	64
3.4.	<i>FUENTES DE RECOLECCION DE LA INFORMACION</i>	65
3.4.1.	<i>Fuentes Primarias</i>	65
3.4.2.	<i>Fuentes Secundarias</i>	65
3.5.	<i>POBLACIÓN Y MUESTRA</i>	66
3.6.	<i>TECNICAS DE LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACION</i>	67
3.7.	<i>PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS</i>	69
4.	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	70
CONCLUSIONES		87
RECOMENDACIONES		89
ANEXO A.		91
LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE LA ZONA.		91
BIBLIOGRAFIA		95

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Descripción geográfica	96
Anexo C. Cuestionario	97

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable.....	61
Tabla 2. Instituciones prestadoras de salud.....	66
Tabla 3. Interpretación del instrumento.....	68
Tabla 4. Mejoría de infraestructura.....	70
Tabla 5. Atención al paciente.....	72
Tabla 6. Orientación a la población wayuu.....	73
Tabla 7. Especialista de talento humano.....	74
Tabla 8. Lentitud en el servicio ofrecido.....	75
Tabla 9. Salas de esperas.....	76
Tabla 10. Ineficiencia en el servicio.....	77
Tabla 11. Información médica.....	78
Tabla 12. Rango de edad poblacional wayuu.....	79
Tabla 13. Caracterización de ingreso.....	80
Tabla 14. Rango de sexo poblacional.....	81
Tabla 15. Grado de escolaridad.....	82
Tabla 16. Momentos crítico de verdad.....	83
Tabla 17. Momentos exitosos de verdad.....	84
Tabla 18. Calificación del servicio.....	85
Tabla 19. Percepción del servicio.....	86

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha; desarrollando las dimensiones: retiros voluntarios, causas del retiros voluntarios, características demográficas, y calidad del servicio se apoyó en autores, tales como: Kotler y Keller (2011), Puig y Duran (2011), Stanton y Etzel (2007), Rivera, Arellano y Molero (2013), Zeithaml, (2014) entre otros.

La metodología utilizada bajo el enfoque cuantitativo, tipo descriptiva, con un diseño de campo, transversal, no experimental. La población estuvo conformada por gerentes o representantes legales de las instituciones prestadora de salud (EPS) durante el año 2019 en la ciudad de Riohacha; Por ser una población finita y de fácil acceso, se realizó un censo poblacional, Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, para los gerentes de las instituciones prestadora de salud, en escala tipo Likert.

En cuanto a los retiros voluntarios se evidencio por la falta de calidad en el servicio, el estudio concluyó, que existe buena voluntad en el talento humano de la entidad prestadora de salud, generando la sensación de sentirse seguros, manteniéndose el deseo de ayudar, propiciando que el paciente sea apreciado y bien recibido. En la dimensión externa regularmente las EPS ofrece el nivel de servicio que los indígenas wayuu desean y esperan recibir, el servicio prestado es aceptable, tomando previsiones para que los usuarios que reciben el servicio emitan un juicio positivo de la misma. Sin embargo, la infraestructura física no cumple con sus funciones prevista bajo las condiciones establecidas, el personal que presta el servicio no se identifica afectivamente con los usuarios.

Palabras Clave: retiros voluntarios, calidad, servicio, satisfacción, cliente.

ABSTRACT

The main objective of this research was to know the incidence of voluntary withdrawals of the Wayuu indigenous population from the hospitalization service in the special and tourist district of Riohacha; developing the dimensions: voluntary withdrawals, causes of voluntary withdrawals, demographic characteristics, and service quality was supported by authors such as: Kotler and Keller (2011), Puig and Duran (2011), Stanton and Etzel (2007), Rivera, Arellano and Molero (2013), Zeithaml, (2014) among others.

The methodology used under the quantitative approach, descriptive type, with a field, cross-sectional, non-experimental design. The population was made up of managers or legal representatives of the health-providing institutions (EPS) during the year 2019 in the city of Riohacha; As it is a finite and easily accessible population, a population census was carried out. For data collection, a questionnaire was used for the managers of the health-providing institutions, on a Likert-type scale.

Regarding voluntary withdrawals, it was evidenced by the lack of quality in the service, the study concluded that there is good will in the human talent of the health provider, generating the feeling of feeling safe, maintaining the desire to help, promoting that the patient is appreciated and well received. In the external dimension, the EPSs regularly offer the level of service that the Wayuu indigenous people want and expect to receive, the service provided is acceptable, taking precautions so that the users who receive the service make a positive judgment of it. However, the physical infrastructure does not fulfill its expected functions under the established conditions, the personnel that provides the service does not identify emotionally with the users.

Keywords: voluntary withdrawals, quality, service, satisfaction, customer.

INTRODUCCIÓN

El servicio prestado en materia de salud ha sido motivo de preocupación desde tiempos remotos, prácticamente surgió con los primeros estados esclavistas o con la aparición de la profesión médica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad específicamente en Europa, en lo referente a los servicios de salud, al referirse a calidad de servicio en Francia posee uno de los mejores del mundo, esto se debe por el estado de salud general de la población, su satisfacción por su funcionamiento y el reparto de las cargas de la financiación del sistema.

en Colombia mejorar la calidad en las etapas de atención accedería a conseguir los resultados en salud requeridos, donde, la recuperación del paciente se ha transformado en una labor compleja, situación existente instituciones prestadoras de este tipo de servicio

Tomando en consideración estudios aplicados en países del Caribe y África con mortandad elevada, la prestación de servicios a la salud materno e infantil indígena, no son lo suficientemente eficaces y de calidad. Donde, solo el 28 % de las atenciones prenatales, el 26 % de los servicios de planificación familiar y el 21 % de la atención de niños con patologías, obtuvieron la valoración de eficaces en esas naciones objeto de estudio.

Considerando lo antes mencionado el objetivo general de este estudio se rigió en conocer la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha. para tales fines se consideraron los objetivos específicos dirigidos identificar los elementos de la calidad de servicio, describir las necesidades del usuario, identificar las causas del retiro voluntario, caracterización demográfica de la población indígena wayuu. El trabajo de investigación constato de 4 capítulos el cual se define del siguiente modo:

Primeramente, se da inicio a la investigación con el capítulo I, identificado como el problema de investigación se dirige a fundamentar aspectos tanto macro como micro que dieron origen al planteamiento, a la formulación del problema, a la formulación de objetivos tanto general como específicos, la definición de la importancia o la justificación de la misma y a la delimitación de la investigación.

En cuanto al capítulo II, el cual es denominado marco referencial, analiza y plantea las investigaciones que se tomaron en cuenta como antecedentes y sus aportes al estudio. Desarrollando de igual forma las bases teóricas definiendo las variables estudiadas, sustentada por distintos autores en el área de estudio, así como también se encuentra el cuadro de operacionalización de la investigación.

Por su parte, la investigación se elaboró el capítulo III, identificado como marco metodológico donde se revela el tipo de investigación, el diseño utilizado, fuentes de información, descripción de la población análisis, la muestra, recolección de datos, el análisis de la información y el procedimiento determinando las fases de la investigación.

Para finalizar se desarrolló el capítulo IV, denominado resultados de la investigación, señala los hallazgos estadísticos derivados de las respuestas obtenidas del instrumento del estudio, marcando la discusión de los mismo correspondiente con las teorías recopiladas en la temática de estudio. Como punto final se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones del estudio.

De esta manera se le brindo un apoyo con las recomendaciones a seguir permitiéndonos crecer como departamento y municipio más que todo con nuestra población indígena wayuu brindándoles unas orientaciones acordes a su grado de escolaridad.

CAPÍTULO 1.

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del Problema.

En la actualidad resulta irónico conversar de globalización o desarrollo tecnológico, en el siglo XXI sociedades de integración de países o de información mientras en diferentes regiones están marcadas por desigualdades sociales y económicas, existen poblaciones donde los derechos humanos son violentados de forma directa o indirecta bien sea por acciones palpable que hoy en día se ha convertido en lo muy cotidiano de las regiones donde habitan las poblaciones indígenas de cada región en el mundo siendo quizás el más vulnerables la parte de incidencia de retiros voluntarios de esta población en el servicio de hospitalización en el distrito de Riohacha (Vásquez, 2015)

En europea como un país desarrollado en sus antigüedades de tiempo se encontraron diferentes tipos de indígenas como; los samis, los inuits de Groenlandia, Brandoli (2002).

No obstante, según la formación étnica estados unidos presenta diferentes tribus indígenas al parecer por su propia cultura entre ellos los navajos, el indio piel roja término usado para referirse a los pueblos indígenas del norte de américa y europea (Tayac, 2011).

Expresa Acuña (2017), en Colombia mejorar la calidad en las etapas de atención accedería a conseguir los resultados en salud requeridos, donde, la recuperación del paciente se ha transformado en una labor compleja, situación existente instituciones prestadoras de este tipo de servicio. Según, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018), el 80% de los colombianos considera que la calidad del servicio del ente de seguridad social en salud en las EPS donde la población indígena se encuentra afiliada no son muy satisfactorias, ahora bien, ese resultado bajó de 74,4% de la encuesta de 2016 a 69,2% en 2017.

Las mismas poblaciones indígenas han visto una disminución de su gente y aumentó de la pobreza, la falta de asistencia gubernamental ha sido el problema principal en todos los países latinoamericano donde hacen vida los indígenas autóctonos las carencias de políticas públicas eficaces para buscar una solución o punto de equilibrio a los problemas de la cultura wayuu pero se ha visto que el desarrollo urbano se ha encargado de desplazar a los indígenas a estratos sociales que prácticamente se encuentran en el olvido que no se le podrían considerar estrato 1 para una persona que sufre de tantas carencias (Kotler, 2001).

La ley 1384 en el artículo 14 el cual trata sobre el servicio de apoyo social “los beneficiarios tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico a contar con los servicios de un Hogar de paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo a sus necesidades, certificadas por el trabajador social o responsable del centro de atención a cargo del paciente” (García, 2015).

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, establece los requerimientos para que los distintos involucrados satisfagan las expectativas del interesado, de una manera segura, constante y con altos niveles de calidad, conduciendo a las instituciones de salud en organizaciones altamente competitivas, confiables, eficaces y efectivas, donde su eje central es el usuario y su familia. En consecuencia, el servicio debe ser de excelencia, así como, el conjunto de prestaciones que las organizaciones han escogido para alcanzar su clientela, la clave está en la complacencia de los asiduos visitantes, anteriormente se buscaba la satisfacción adecuada sin embargo hoy en día se busca la más óptima, permitiéndoles así anticiparse a encontrar el camino adecuado para satisfacer en forma excelente a los pacientes (Etzet, 2007).

(Gago, 2002) define que en Colombia existen distintas poblaciones indígenas de las cuales podemos mencionar, los arahuacos(cesar), wayuu(guajira), embera(chocó), muicas (Cundinamarca), pastos(Nariño), guabianos(Cauca) huitotos(Caquetá), ticuna(amazonas) todas y cada una de estas poblaciones representan una minoría social que está excluida del

desarrollo general de la nación colombiana por tal razón la presente investigación se centra en la población wayuu de la costa Caribe colombiana específicamente del departamento de la guajira.

Los wayuu son poblaciones que el gobierno ha olvidado y que en el tiempo colocadas al margen del desarrollo a quienes se le juega la oportunidad de constituirse en poblaciones autosustentable, ya que a pesar de tener potenciales culturales y agro productiva que le permiten ser utilizadas como un mecanismo de superación a la infinidad de problemáticas dentro de las regiones las cuales son cada vez más maltratados con la indiferencia de diferentes actores que gobierna un país. (stanto, 2008)

La población indígena que habita en el municipio de Riohacha ha mostrado una series de problemas crónicas a través de los años ya que muchos de sus derechos a una vida digna, a una buena educación, alimentación de calidad y sobre todo un buen sistema de salud han sido vulnerados es incontables los números de veces que las políticas públicas han afectado la calidad de vida de cada uno de ellos todo esto debido a las condiciones propias de su cultura, la dispersión geográfica de la comunidad todo esto generado principalmente por la falta de compromiso y olvido de los gobernantes que no han podido liderar un proceso eficaz para mejorar las condiciones de vida de la población wayuu del municipio(Duran, 2011).

los indígenas wayuu de nuestro Departamento de la Guajira, están padeciendo de un problema de salubridad desde hace mucho tiempo, que hoy por hoy se han venido revelando a la sociedad y que lamentablemente le ha costado la vida a muchos niños, adolescentes y adultos de estas familias (Molero,2013).

Según (IDIC, 2017) Los indígenas wayuu, es la etnia más numerosa de nuestro país, la mayoría habitan en comunidades alejadas del municipio al que pertenecen y son de difícil acceso, como son las que se encuentran ubicadas en la alta Guajira, por lo que se presenta dificultad para acceder a los servicios de salud, además conviven en comunidades indígenas donde no tienen acceso a los servicios públicos, el manejo de las basuras es muy desconcertante, no

existen baños donde puedan realizar sus necesidades fisiológicas, hacen sus necesidades alrededor de sus viviendas, cocinan sus alimentos con leña o carbón en lugares cerrados, es por ello que esto incrementa los problemas de salubridad dentro de estas comunidades (Rivera, 2005).

Normalmente los wayuu se encuentran afiliados a las EPS indígenas que existen en nuestra región, pero hay otros que aún no se encuentran vinculados por sus propias creencias, es decir, los modelos curativos de atención de sus enfermedades se hayan centrados en los curadores de la cultura, quienes son denominados Outshii quien se encargan de curar las enfermedades comunes o ayulee quien se encargan de curar las enfermedades de origen sobre natural, los Emeijut que son los especialistas de partos o los epitutu ouupala quien se curan las enfermedades de órganos o sistemas. (Guanipa, 2007).

Cuando las enfermedades son atendidas por estos curanderos y no haya resultados es de ahí, donde interviene las autoridades wayuu en defensa del paciente, es decir, toma la palabra y trata de convencer a sus familiares más cercanos para trasladar al paciente a un centro médico donde se le pueda prestar la atención necesaria, es donde se colocan en contacto con los distintos entes reguladores para dicho traslado (Keller, 2012).

No obstante, vemos que los wayuu al momento de acceder a trasladar a su paciente de su localidad lo visualizamos dudoso y en otros casos no quieren realizar dicho traslado y muchas los vemos sentados en las puertas del centro donde se encuentra su paciente sin comer, sin dormir y es donde se ven obligados a pedir dinero a los transeúntes y lo que es peor muchas veces piden el alto voluntario de su paciente solo porque carecen de un techo donde quedarse (Arellano, 2007).

Por todo lo anterior, este proyecto surge de la necesidad de conocer las incidencias de retiros voluntarios de la población indígena wayuu en el servicio de hospitalización con el fin de contribuir al mejoramiento de la vida integral de nuestra población indígena.

1.2. Formulación del problema

En consecuencia, con lo anteriormente planteado se realizó el siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha 2019?

1.3. Sistematización del problema

- ¿Cuál es el número de casos de retiros voluntarios de la población indígena del servicio de hospitalización, presentados en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha en el año 2019?
- ¿Cuál será la causa principal de retiros voluntarios de los indígenas wayuu del servicio de hospitalización presentados en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha?
- ¿cuáles son las características demográficas de los indígenas wayuu en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha?
- ¿Cómo es la calidad del servicio prestado a los indígenas wayuu del distrito especial y turístico de Riohacha?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.5. Objetivo general

- Conocer la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.

1.6. Objetivo específico

- Conocer el número de casos de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización, presentados en el distrito especial y turístico de Riohacha en el año 2019.
- Identificar la causa principal de retiros voluntarios de los indígenas wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha.
- Describir las características demográficas de los indígenas wayuu en el distrito especial y turístico de Riohacha.
- Evaluar la calidad del servicio prestado a los indígenas wayuu del distrito especial y turístico de Riohacha.

1.7. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.

1.8. Justificación teórica.

Desde una perspectiva teórica epistémica esta investigación forma parte para dar a conocer las estrategias con que cuenta el comportamiento social del departamento de la guajira.

La finalidad de esta estructura es proponer análisis de satisfacción a la población indígena que se encuentra desamparados por las diferentes instituciones públicas la que nos permite dar a conocer leyes formales institucionales de gobierno, por medio de estas leyes formales y materiales que hacen parte y que consagran mandatos sobre la protección de las comunidades indígenas, se destacan aparte de la ya mencionada; la ley 21 de 1991, la ley 2 de 1959, y la ley 99 de 1993.

Desde esta perspectiva teórica de investigación con base a las incidencias de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización aportara a los investigadores las herramientas necesarias para la gestión de nuevos conocimientos relativos. así mismo el estudio de esta variable tiene una gran fortaleza social porque desarrolla competencias en los futuros profesionales de la salud.

1.9. Justificación práctica.

La presente investigación desde el punto de vista práctico apunta a que sus resultados permitan encontrar soluciones concretas a los problemas que actualmente se evidencian en el sector de la salud.

1.10. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.11. Delimitación Temática o Teórica

La presente investigación titulada incidencias de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización ayudara como herramienta para el progreso económico del departamento de la Guajira.

1.12. Delimitación Histórica o Temporal

En la presente investigación, la información requerida para el estudio estuvo enmarcada en el año 2017 y 2018, respectivamente; con el propósito de fundamentarse en teorías y conceptos recientes pertenecientes al sector de la salud.

1.13. Delimitación Geográfica o espacial

La presente investigación se realizó en Sur América, en la República de Colombia, en el Departamento de La Guajira, municipio de Riohacha.

1.14. Delimitación Demográfica

Esta investigación enmarca las empresas de salud que se encuentran en el distrito especial, turístico y cultural de Riohacha, la cual involucra a Directivos, propietarios que se encuentran en la dirección de la empresa.

CAPITULO 2

2. Marco Referencial

En este segmento de la exploración se consideran los estudios anteriores y las teorías relacionadas a las variables retiros voluntarios, la cual fue elegida por el autor, así como también las dimensiones y los indicadores, para la conformación de la conceptualización teórica, observando las premisas de los autores para este trabajo investigativo. (Duran, 2004). Del mismo modo se presenta el sistema de variables: las definiciones nominales, conceptuales y operacionales.

La constitución política de 1991, al establecer que la función pública deberá desarrollarse en forma armónica bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, calidad, imparcialidad y publicidad, aplicando mecanismos de delegación, desconcentración y descentralización que exigen acciones coordinadas y alianzas de cooperación entre los diferentes niveles, órganos e instancias en que se expresa el estado con el fin de mantener su carácter unitario.

Estas normas de carácter superior de la pauta para la fijación de políticas públicas en materias de salud pública plantean la necesidad de gestionar y articular los procesos. Por ello, desde la formulación de las políticas hasta su evaluación, pasando por la adopción, implementación, ejecución y seguimiento se requiere de un intercambio permanente y sistemático de experiencias entre los actores. Solo así se garantiza coherencia, legitimidad e impacto en las decisiones del estado.

Por su parte la ley 715 de 2001 al definir las competencias de los diferentes niveles territoriales resalta la importancia de la asesoría y asistencias técnicas para el desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y proyectos, con el objeto de acercar los procesos de ejecución y de respuestas del Estado a las entidades territoriales. Con posterioridad, la Ley 1438 de 2011 determina la constitución del PDSP 2012-2021, el cual se consolida como consecuencia de la ley 1450 que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, teniendo claro en su planteamiento el enfoque regional que reconoce las

diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características capacidades específicas y particulares de los diversos grupos poblacionales.

En este sentido el plan decenal de la salud pública PDSP adoptado mediante la Resolución 1841 de junio de 2013 se reconoce como indicativo y contenido de los principios rectores de la política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social, siempre con miras a la adaptación territorial; a partir de la evaluación de sus propios resultados y de los cambios ocurridos en el entorno social, enmarcado en el proceso de planeación territorial definido en la Ley 152 de 1994.

LEY 691 DE 2001 (septiembre 18). Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 2716 de 2004

Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. El Congreso de Colombia

DECRETA: CAPITULO I: Aplicación, objeto, principios y autoridades

Artículo 1o. Aplicación. La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1o de la Ley 21 de 1991.

Artículo 2o. Objeto. La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas.

Artículo 3o. De los principios. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política y de los enunciados en la Ley 100 de 1993, es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

Artículo 4o. Autoridades. Además de las autoridades competentes, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán para la presente ley, instancias, organismos e instituciones, las autoridades tradicionales de los diversos Pueblos Indígenas en sus territorios, para lo cual siempre se tendrá en cuenta su especial naturaleza jurídica y organizativa.

CAPITULO II: Formas de vinculación

Artículo 5o. Vinculación. Los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto en los siguientes casos:

1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo.
2. Que sea servidor público.
3. Que goce de pensión de jubilación.

Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas.

Parágrafo 1o. El Ministerio de Salud vinculará a toda la población indígena del país en el término establecido en el artículo 157 literal b, inciso segundo de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo 2o. La unificación del POS-S al POS del régimen contributivo se efectuará en relación con la totalidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención y acorde con las particularidades socioculturales y geográficas de los pueblos indígenas.

CAPITULO III: Del régimen de beneficios

Artículo 6o. De los planes de beneficios. Los Pueblos Indígenas serán beneficiarios de los planes y programas previstos en la Ley 100 de 1993, así:

1. Plan Obligatorio de Salud.
2. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (conforme se define en el Acuerdo 72 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).
3. Plan de Atención Básica.
4. Atención Inicial de Urgencias.

A Continuación de la: "Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año para dar cumplimiento a lo ordenado en los mencionados artículos, es necesario en el marco de lo dispuesto en el Título V de la Ley 9 de 1979, relativo al saneamiento de edificaciones, establecer las condiciones bajo las cuales brindarán la atención como un servicio de apoyo social para los menores de 18 años con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer. Actualmente la salud en Colombia ha sido uno de los temas más polémicos desde el momento en el que se hicieron los primeros intentos para que el Estado asumiera responsabilidades. Desde que entró en vigencia la ley 100 de 1993, se ha hablado del aseguramiento en salud, integralidad de servicio y de la cobertura total para quienes habiten el territorio nacional.

2.1. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se relacionan los antecedentes que servirán de base para la presente investigación y las teorías que fundamentarán el desarrollo de los resultados y conclusiones. Con los cuales se busca comprender y analizar con profundidad los temas de este proyecto investigativo (Duran,2003).

El concepto de marco teórico está directamente relacionado con la investigación y, por lo tanto, con la ciencia. Se entiende por marco teórico el conjunto de ideas, procedimientos y teorías que sirven a un investigador para llevar a término su actividad (Keller, 2012).

2.1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A continuación, se hará hincapié en una serie de trabajos vinculados al tema en estudio, a los cuales se les denomina antecedentes investigativos o estado de la cuestión, debido a que estos abarcan el conjunto de pesquisas realizadas con anterioridad sobre la variable en indagación, en este sentido, se resaltan los proyectos de grado, artículos, ensayos académicos, libros, junto con otros informes científicos de carácter nacional e internacional, que aborden una temática relacionada con la investigación.

Basada en la investigación se hará análisis de trabajos relacionado al tema en estudio, la cual se le denomina antecedentes investigativos utilizando conceptos epistémicos realizadas anteriormente sobre la variable de investigación, a continuidad se resaltan proyectos de investigación, artículos, ensayos, libros y buscadores investigativos en diferentes objetos de estudios a nivel nacional e internacional que aborden la temática relacionada con la investigación.

Para referenciar la presente investigación se tomaron dos trabajos de orden público en hospitalización como la investigación nacional e internacional desarrollada por Chacón, (2005), titulada “gestión de servicios hospitalario público” estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña en cuanto a la metodología presento un enfoque cuantitativo pues se tomaron (6) seis hospitales público como objeto de estudio de la tesis donde aplicaron instrumentos de medición como encuestas y entrevista a los gerentes de los hospitales estudiados con un objetivo general titulado estudios comparativos de la gestión de los servicios hospitalarios públicos de Barcelona (España) y fortaleza(Brasil) lo que nos permite tener relación con nuestra investigación.

A continuación, Suarez, (2002) hace referencia en su investigación “objetivos y estrategias de la seguridad de la atención en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (Bogotá, Colombia). presenta como objetivos involucrar a los pacientes y las familias para que sean conscientes de los riesgos que existen en la atención promoviendo atención segura correlacionadas con el cuidado en casa y estilo de vida saludables.

2.1.2. FUNDAMENTACION TEORICA

Según autor Arias, (2006) “Las bases teóricas se refieren al desarrollo de los aspectos generales del tema, comprenden un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado. Seguidamente, se presentan la fundamentación teórica necesarias para desarrollar el tema a partir de los objetivos de investigación, las cuales enfocan las incidencias de retiros voluntarios cumpliendo una exploración de los componentes que la establecen, en la misma se presentan las diferentes teorías y contribuciones de varios autores, fortaleciendo los conocimientos y permitiendo analizar la opinión de cada uno como experto en el área, lo cual permitió al investigador fijar posición al respecto; utilizando como reseña los temas examinados en los objetivos expresados en el vigente estudio. A continuación, se enuncian los enfoques teóricos seleccionados.

2.2. Retiros voluntarios

Al mencionar retiros voluntarios, se realizó un estudio de los distintos sustentos teóricos quienes exponen sus teorías al respecto, representando cada uno de ellos una visión bastante acorde a la investigación; permitiendo al investigador profundizar sobre cada una de las diferentes teorías propuestas por ellos respecto de las áreas de estudio planteadas.

Tomando como referencia, Prieto (2014, p.15) define retiro voluntario “como la acción que realiza el paciente o la persona la cual sea responsable del paciente para abandonar el centro hospitalario o ya sea que se niega a recibir un tratamiento en contra de la opinión del médico tratante”. todos los pacientes pueden pedir la alta voluntaria, por tratarse de un derecho que afecta a su integridad física y moral, «porque no pueden imponerle una asistencia médica en contra de su voluntad», señala Ramón Prieto, secretario de la asociación el defensor del Paciente. Además, tienen por ley «libre elección» (puede optar libremente entre diversas alternativas asistenciales), según explica la abogada Antonia Cortés así se indica en el artículo 3 de la **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente**.

Por esta razón, se pone en relieve tanto el rol del Estado y los actores públicos y privados como prestadores del servicio de salud, frente a los usuarios o pacientes, entendiendo la salud como un derecho fundamental. Por tanto, con el fin de adaptarse a las exigencias del modelo de prestación de servicios de salud, ordenado por la nueva Constitución Política Colombiana, y desarrollado legislativamente por la Ley 100 del año 1993 y subsecuentes Leyes, decretos y resoluciones que la amplían y la reglamentan (Sirga, 2003).

De este modo no podemos imponer en el paciente asistencia médica en contra de su voluntad como tampoco puede negarse el tratamiento que el médico requiera para el paciente el cual se requiere de un consentimiento previo para la realización de pruebas médicas teniendo en cuenta que el paciente puede desistir de ese consentimiento y puede decidir de manera voluntaria solicitar el

alta hospitalarios para reforzar este criterio, Según el censo de 2001 “Diagnóstico de salud de la población wayuu” realizado por Sirga (2009), Al no contar con un sistema de información que permita analizar la variable de pertenencia étnica de las personas atendidas y estimar con mayor exactitud la magnitud de los problemas de salud de la población indígena, no fue posible realizar un diagnóstico de salud preciso y he aquí donde sucede el retiro voluntario por parte de la población wayuu.

Por otra parte, Duarte (2012) en su artículo de un “modelo de atención en salud al pueblo wayuu”, dio a conocer las consecuencias de los retiros voluntario de esta población al igual que los beneficios que estos tendrías por el mismo actuar. A pesar de los avances en términos de instrumentos legales que favorecen la adaptación del sistema a las características de las comunidades indígenas y la apertura de espacios para su participación, la forma en que funciona deja a personas sin servicios, aun estando aseguradas, principalmente en comunidades dispersas.

Los autores antes mencionados, coinciden ya que Prieto, (2014), sirga (2009), Duarte (2012) asumen que los retiros voluntarios pueden pedirse por tratarse un hecho de moralidad, pero al igual la persona que requiera este permiso deberá firmar un consentimiento donde se ve reflejado cualquier responsabilidad con el profesional médico que les brinda la atención médica a millones de personas Llevando el mismo orden de ideas, se fijó posición con Prieto, (2014), de quien se infiere que la persona que adquiera el retiro voluntario debe asumir responsabilidades únicas al igual que lo respalda la ley 41 que se le denomina ley de autonomía del paciente.

el desarrollo de ideas, respecto a esta variable, aportó conocimiento sobre la causa del problema planteado, contribuyendo como soporte teórico al mismo.

2.3. Calidad del servicio

Al mencionar calidad de servicio, se realizó un estudio de los distintos sustentos teóricos quienes exponen sus teorías al respecto, representando cada uno de ellos una visión bastante acorde a la investigación; permitiendo al investigador profundizar sobre cada una de las diferentes teorías propuestas por ellos respecto de las áreas de estudio planteadas.

Tomando como referencia a Zeithaml, (2014, p. 45) la definen “como el nivel de como un usuario obtiene una satisfacción basada en ciertos elementos, involucrando necesidades y expectativas, estimados a través de la confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y los tangibles asociados al servicio”. Para reforzar este criterio, Puig y Duran (2011), la calidad en el servicio es muy desigual a la calidad del producto, ya que son de trascendental importancia las cualidades, la información, forma de trato, garantías, conductas, apreciaciones, derivadas de los diferentes individuos que se relacionan con el cliente.

Por otra parte, Stanton y Etzel (2007, p. 107) señalan que la calidad de servicio posee dos particularidades que corresponden ser comprendidos por los proveedores de servicios para que éstos se diferencian de sus contendientes en el paciente. El primero es “la calidad la especifica el paciente, no el productor-medico” y el segundo es “los pacientes que aprecian la calidad de servicio midiendo sus perspectivas con sus apreciaciones de cómo se efectúa éste”. Los autores antes mencionados, coinciden entre sí Zeithaml, (2014), Puig y Duran (2011), asumen que es el reflejo las percepciones, e indican que la calidad de servicio es la consecuencia del juicio del usuario con respecto a la perfección y supremacía de un producto, por su parte y en contraste a los anteriores, Stanton y Etzel (2007) la definen como atributos que diferencia a una empresa de otra, sin embargo, todos estos autores coinciden en que está basada en las expectativas del cliente.

2.4. Elementos de la calidad de servicio

Actualmente existe diversa literatura, así como muchos estudios en cuanto cuales son los elementos que definen la calidad de servicio, donde, todos los estudiosos convienen que se debe a elementos surgidos entre el paciente con respecto al prestador del servicio, por ello las organizaciones vinculadas con este tipo de actividad deben tener muy en cuenta estos componentes.

Señala Malhotra (2016), el primer elemento son las dimensiones o atributos de la calidad, el segundo, es el servicio esperado, saber lo que los pacientes desean en relación a las distintas propiedades del servicio es seguramente la fase más difícil para el suministro de servicios de alta calidad, tomar en cuenta la expectativa del paciente debe ser lo primordial ante lo ofrecido, la mayoría de las organizaciones no toman en cuenta lo importante de comprender totalmente las perspectivas de sus clientes, el tercero es el factor de influencia, el cuarto elemento es el servicio percibido, el quinto es la calidad del servicio prestado, todos estos ellos son fundamentales al momento de realizar o adquirir un servicio.

Por su parte Kotler y Armstrong (2010), mencionan que existen cinco elementos de servicio al paciente como es la calidad del servicio, entrega a tiempo, credibilidad, facturación correcta, información médica y verificación, los cuales a su criterio se deben considerar como indispensable en toda organización que desee brindar servicios de calidad.

Precisamente en este punto, a través de su análisis crítico y contrastación oportuna, nos pudo servir en la presente investigación, para la identificación de dichos elementos racionales o probados, intrínsecamente en el servicio al paciente; pudiendo con ello establecer la posición teórica en cuanto a los instrumentos más neurálgicos, en el adelanto de la táctica utilizada hacia el servicio al paciente.

A partir de la revisión de las principales contribuciones que han abordado el fenómeno sobre elementos que definen los retiros voluntarios se realiza un análisis a profundidad del concepto abordado, los autores plantean teorías

distintas ya que Malhotra (2016) y Kotler y Armstrong (2010), enumeran cinco elementos, los cuales se deben de seguir a la hora de darle información médica a un paciente, sin embargo, el autor Lovelock (2015) difiere a través de un análisis crítico, contratación, así como otros elementos se puede lograr que la teoría sea comprendida a través de la práctica, en lo relacionado a los elementos de retiros voluntarios con énfasis en la calidad del servicio.

Cabe destacar, los elementos del servicio pueden ser diversos y amplios para los pacientes, en este propósito se consideró más adecuado en la investigación fijar posición con la teoría de Kotler y Armstrong (2010), por cuanto los define de manera más comprensible, aplicable a al logro de la definición del problema planteado, conociendo que, en las organizaciones, se adoptan estos elementos como criterio principal en el servicio prestado.

2.5. Confianza

Las instituciones prestadoras de salud EPS dedicadas a ofrecer un servicio de calidad a sus pacientes, lo primero que debe generar es confianza, un atributo particular, donde, el usuario no tenga dudas ni incertidumbre, que la información ofrecida sea cumplida, en caso de presentarse un problema este sea solucionado apropiadamente, también, la puntualidad y cero demoras son elementos que inspiran seguridad en el paciente.

Señalan Rivera, Arellano y Molero (2013), que la confianza se presenta de modo perenne como la determinante de más categoría en las apreciaciones de la calidad en el servicio entre los pacientes, se conceptualiza como la capacidad para consumir el ofrecimiento del servicio de manera convincente y precisa.

Para Kotler y Keller (2012), es el elemento que permite asegurar a una empresa u organización, donde factores claves en un período aseguran la competitividad; obtener confiabilidad sólo es posible con una correcta operación y mantenimiento, en el afán de lograr tener organizaciones de mantenimiento más competitivas, que obedezcan al interés general. En los marcos de las observaciones anteriores, Rivera, Arellano y Molero (2013), Malhotra (2016), así como, Kotler y Keller (2012), plantean y discuten, pero todos se asemejan dado

que, en sus teorías sostienen que la confiabilidad se puede definir como un elemento clave, generando certidumbre en el paciente.

Para efectos de esta investigación se fija posición con los planteamientos de Kotler y Keller (2012), quienes definen mejor este indicador pues es una teoría bastante amplia e importante, demostrando a través del presente estudio que la confiabilidad se logra a través del trabajo entregado al paciente, así como, la confianza que las entidades prestadoras de salud le brinda a los mismos.

2.6. Seguridad

En la actualidad cuando un paciente recibe un servicio, la entidad prestadora de salud debe esmerarse en que el individuo se sienta seguro, inspirar confianza al paciente, fundamentado en la cortesía, cordialidad, certidumbre generados por los miembros de la organización.

Señalan Rivera, Arellano y Molero (2013), que la seguridad se define como la buena atención, la cortesía de los médicos, empleados etc, para con sus pacientes. Igualmente la define como la capacidad de la organización junto a sus trabajadores para generar voluntad y confianza ante los sectores con los cuales tiene relación. Para reforzar la idea, Kotler y Armstrong (2010), exponen que la seguridad es el estado de confianza basados en el conocimiento de que no existe acechanza de peligro en su actividad como resultado de la adopción de un conjunto de acciones o disposiciones que les permiten estar libres de un riesgo determinado.

Siguiendo a Kotler y Armstrong (2010), en la medida que el hombre va evolucionando en el desarrollo de condiciones de vida, junto a sus actividades se van presentando riesgos además de peligros que suponen la adopción de medidas sobre la seguridad, las cuales requieren de un proceso continuo el cual debe irse actualizando y perfeccionando hasta alcanzar el mayor nivel de eficacia que debe ser implementado en el ofrecimiento al paciente, a fin de garantizar lo adecuado para el mismo.

Al respecto, Malhotra (2016) afirma que el término seguridad tiene variados de conductas, a grandes fisonomías, puede aseverar que esta percepción el cual proviene del latín *securitas* se refiere a la cualidad de seguro, es decir aquello que está exento de peligro, daño o riesgo. Algo seguro es algo cierto, firme e indubitable. La seguridad, por lo tanto, es una certeza que supone la garantía de la tranquilidad ante una actividad o negocio.

Confrontando las teorías expuestas anteriormente, se puede apreciar para los autores Rivera, Arellano y Molero (2013), la seguridad es el conocimiento a la cortesía por parte de todo el grupo de talentos humanos para inspirar buena voluntad y confianza, los autores Kotler y Armstrong (2010) y Malhotra (2016) difieren de lo que enuncia Rivera, Arellano y Molero (2013), al plantear en su teoría que la seguridad es para mantener exento a sus trabajadores y paciente de un accidente. Cabe decir, esta dimensión obtiene un fundamento neurálgico para aquellos servicios donde los usuarios aprecian que se implica un gran peligro para sus intereses, o en los que se consideran inciertos acerca de la capacidad de la organización receptora, para prestar los resultados esperados sin llegar a afectar la seguridad.

Desde el punto de vista del investigador la seguridad va de la mano con los procesos de la empresa ya que ellos son los principales agentes encargados de brindar seguridad a sus pacientes, en este propósito, esta investigación fija posición con los sustentos teóricos de Rivera, Arellano y Molero (2013), teniendo en cuenta los procesos que se realizan, pues tiende a conformar un punto de suma importancia ante la prestación de servicio desde la perspectiva del paciente. Donde en las organizaciones, este punto se infiere como muy significativo, por cuanto en sus instalaciones se hace notoria la presencia de entes de vigilancia, además de existir un comité para la misma, tanto en lo físico como en la integridad de los trabajadores, paciente y todo el cuerpo humano de la entidad prestadora de salud.

2.7. Empatía

Hoy en día en las organizaciones se habla mucho de las emociones, sentimientos, no solamente en el plano interno de la organización, sino más bien dirigido a los pacientes, para la dirección es importante tener en cuenta sus impresiones desde el punto de vista psicológico, contando con un personal que trate a los pacientes de manera comprensiva, siempre colocando por delante los intereses del usuario ante cualquier elemento.

Para Schiffman y Lazar (2014), la empatía debe relacionarse con la clientela como individuos únicos, la empatía se define como el esmero personalizado que la empresa les brinda, consiste en transmitirles a los usuarios que son importante para la entidad prestadora de salud que les prestan el servicio, que éstos los comprenden logrando el objetivo de alcanzar lo deseado por ellos. Es indispensable mostrar que se puede llegar a comprender lo que ellos sienten dependiendo del momento o la ocasión, en reiteradas oportunidades las organizaciones identifican a los usuarios por su nombre, construyendo relaciones que expresan su comprensión personal de las exigencias y predilecciones del consumidor.

Afirma Rivera, Arellano y Molero (2013), que la empatía es la caracterización mental y afable de un individuo con el momento de ánimo con respecto a otro. En concordancia con lo anterior, la empatía señala la cualidad de una persona hacia otra determinada por un esfuerzo objetivo de intuición de las emociones hacia otra persona. A su vez, Kotler y Armstrong (2010), expresan que la empatía es la disposición de atender a los clientes de manera cuidadosa e individual.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, los autores estudiados presentan divergencia a grandes rasgos en cuanto a la definición de empatía, Schiffman y Lazar (2014) indican que se debe tratar de la atención individualizada; mientras Rivera, Arellano y Molero (2013) y Kotler y Armstrong (2010), afirman que la empatía es sentir y suponer como el otro, en este caso es el paciente.

En otras palabras, ante el análisis de los diferentes planteamientos, los mismos contribuyeron a desarrollar con dichas teorías, la demostración del grado que constituye la empatía por parte de las organizaciones, éste es tomado como indicador además de los retiros voluntarios a fin de permitir el mejor entendimiento del problema objeto de esta investigación. En este sentido, esta investigación fija posición con los postulados de Rivera, Arellano y Molero (2013), puesto que lo explica a partir del espacio de perspectiva, de colocarse en la situación del paciente, donde debe prevalecer la intuición, utilizando la afabilidad, cordialidad, esmero, siendo un indicador base al momento de prestar el servicio.

2.8. Tangibilidad

Actualmente, existen estudios referidos al perfil multineurosensorial, donde esta investigación no se refiere como tal a este asunto, sin embargo, la percepción que posee cada individuo basado en los sentidos de la vista, oído, olfato, gusto y tacto son primordiales para valorar la apreciación del servicio en una organización, vinculado a poseer infraestructura visualmente agradable, empleados con aspecto de pulcritud, entre otros.

En ese sentido, el enfoque teórico de Rivera, Arellano y Molero (2013), plantea que lo tangible se refiere a la representación física del servicio, al aspecto de las infraestructuras, el conjunto, trabajadores, la maquinaria, además de los materiales de comunicación. Todo ellos comunican representaciones físicas del servicio que los pacientes, y en particular los recién llegados, utilizaran para valorar la calidad del servicio que les será prestado. Entre las industrias de los servicios en cuyas estrategias se destaca lo tangible como un atributo de la empresa.

Para Kotler y Armstrong (2010), es lo asequible al tacto, el sentido que accede a los seres vivientes distinguir las características de las cosas como la temperatura, la dureza, entre otros. Así mismo, infiere que lo que se puede apreciar y percibir con el sentido del tacto, permitiendo conocer la capacidad e infraestructura que puede poseer una organización o empresa. Ante esta definición, los objetos físicos junto con las concretas son palpables.

Seguidamente, Malhotra (2016), afirma que es la apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación, si bien es habitual que los proveedores de servicios utilicen los perceptibles con el fin de mejorar su imagen, facilitar una secuencia en cuanto a mostrar la calidad a los clientes, la totalidad de las sociedades armonizan los tangibles con otra dimensión para crear una táctica de calidad en el servicio. Por el contrario, las entidades que no le dan jerarquía a la dimensión de los tangibles dentro de sus destrezas de servicio pueden complicar, e incluso destruir estrategia de otra forma podría dar buenos resultados.

Según se ha citado, en cuanto a la tangibilidad los autores consultados presentan coincidencias significativas, donde, Rivera, Arellano y Molero (2013), Malhotra (2016) y Kotler y Armstrong (2010), lo expresan desde el punto de vista de percepción a través de los sentidos como el tacto o la buena experiencia que le genera la visita a las instalaciones de una empresa, reflejándose esto en agradables sensaciones ante la idea de volver a estar allí, ya sea por la disposición de los espacios físicos o por la ubicación que presenta la instalación, asimismo, lo relacionan con lo ornamental de la infraestructura de las instalaciones físicas de las empresas u organizaciones.

Para el investigador, una vez expuestas algunas de las definiciones más significativas sobre los elementos tangibles en las organizaciones, se infiere que lo tangible es algo que se puede tocar, sentir, observar de cualquier manera, donde la percepción que posee el cliente se procesa por los sentidos, por ello la apariencia física de las instalaciones, como primer contacto visual es importantísimo, el tono de voz de los empleados con respecto a los usuarios es decisivo, en cuanto a si un cliente pretende regresar al establecimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior se fija posición con los basamentos teóricos de Rivera, Arellano y Molero (2013), pues consideran de relevancia los elementos tangibles, caracterizado por ser un atributo, asimismo, una fortaleza para una organización es lo tangible, los pacientes al ser atendidos en un ambiente agradable es un aspecto relevante para futuras contrataciones, donde, estos valoran la calidad del servicio que les será prestado.

2.9. Capacidad de respuesta

Cuando un paciente, usuario o consumidor, indistintamente como se quiera denominar, visita un establecimiento, este posee una expectativa con respecto a lo que aspira recibir, es por ello, que la dirección de la entidad debe hacer mucho énfasis a través del personal de apoyo en materia de servicio sobre la habilidad de ayudar al paciente, así como, mantenerse dispuestos para responder a las solicitudes del mismo.

Para Kotler y Armstrong (2010), es la pretensión de ayudar a los usuarios, así como de servirles de forma rápida, mantenerlo contento respondiendo a sus necesidades es la clave para el éxito a largo plazo, ante esta tarea la red es una herramienta vital para darles una respuesta oportuna.

En la misma línea Malhotra (2016), menciona para una buena capacidad de respuesta al cliente, es importante contar con información exacta y completa del mismo, cuando los datos de clientes están disponibles en la red y los representantes de servicio pueden acceder fácilmente a ellos, la capacidad de respuesta al cliente aumenta extraordinariamente, debido a que cualquier departamento de la empresa puede fácilmente ubicarlo ante cualquier situación que se presente.

Por su parte, Rivera, Arellano y Molero (2013), debe ser la habilidad de ayudar a los usuarios, proveer un servicio rápido además de oportuno. Los usuarios no deberían estar rogando ser atendidos, ni suplicar que sus dificultades sean solucionadas, se debe conocer sobre los problemas, para anticiparse, ante esto una manera correcta de lograrlo es retroalimentarse con las observaciones que ellos hacen. Desde otra perspectiva, una respuesta oportuna es de suma importancia para ellos.

Al contrastar las definiciones, se denota una clara coincidencia en los autores Kotler y Armstrong (2010), Malhotra (2016) y Rivera, Arellano y Molero (2013), ya que ellos en sus teorías comentan, a su vez, explican que la capacidad de respuesta es el deseo de ayudar a sus pacientes, para servirles en forma rápida, manteniéndolos contentos ante el desempeño recibido, sintiendo que

pueden cubrir fácilmente los requerimientos, respondiendo a las necesidades y logrando el éxito clave a largo plazo.

En este sentido, la capacidad de respuesta es un punto clave dentro de la dirección organizacional, donde se deriva, posteriormente otros elementos vinculados a la calidad del servicio prestado, como es la seguridad y confiabilidad, formando parte importante del concepto que el cliente se forma de ellas, demostrando que la satisfacción para los usuarios viene dada por la respuesta dada a los clientes.

En relación al basamento teórico utilizado, esta investigación fija posición con los planteamientos de Rivera, Arellano y Molero (2013), pues la capacidad de respuesta va dada por las empresas al momento de satisfacer una necesidad o cubrir con una respuesta esperada, pudiendo esto ser lo más satisfactorio al cliente, a fines del presente estudio, se consideró prudente observar minuciosamente al comportamiento ante esta herramienta en las organizaciones.

2.10. Necesidades de servicios

Con la globalización, a través de las tecnologías, diversificación geográfica, las personas pueden tener a la mano cualquier bien o servicio que permita satisfacer sus necesidades. Para Prieto (2015), las necesidades son la carencia de algo y están relacionadas con la existencia humana, son más profundas, significativas y prioritarias en la toma de decisiones del consumidor, representan anhelos de poseer algo, por tanto, es una fuerza impulsadora y progresiva, al satisfacer una aparecen dos, o tres más motivaciones con referencias propias.

De igual manera, Londoño (2012), consideran que las necesidades son estados de carencias que limitan al consumidor a satisfacer completamente sus prioridades. Para este autor cuando los consumidores no se satisfacen, harán una de las dos siguientes acciones, buscar los objetos que las satisface, o intentar atenuar aquellos fenómenos que las ocasiona.

Por su parte, Laloux (2016), las necesidades es la diferencia entre el cambio real de un consumidor, frente a un cambio ideal o deseado. Cuando la diferencia es demasiado grande, el consumidor se motiva a tomar una acción que satisfaga esa necesidad. Cuando se tiene hambre, se compra un pasa bocas. Si no está feliz con su corte de cabello, el consumidor buscará uno nuevo.

Al contrastar lo relacionado con las necesidades del servicio, los autores Laloux (2016), Prieto (2015) y Londoño (2012), convergen al referir como los diferentes segmentos de usuarios de servicios, asimismo, establecen para satisfacerlos se debe tomar en consideración a las necesidades esenciales que presentan los usuarios, como son necesidad de ser comprendido, de ser bien recibido, de sentirse importante y de comodidad.

Hechas las consideraciones anteriores, se fija posición con los planteamientos de Prieto (2015), al plantear las necesidades de servicios son las carencias de algo y están relacionadas con la existencia humana, son más profundas, significativas y prioritarias en la toma de decisiones del consumidor. Al respecto el investigador señala que las necesidades del usuario de servicios están representadas por el momento en el que se siente la necesidad de algunos satisfactores esenciales.

2.11. Necesidades de ser comprendido

Hoy por hoy, el comportamiento del ser humano ha sido muy estudiado, dentro los tópicos gerenciales se plantea la conducta organizacional, donde, ese accionar del individuo genera consecuencias para una empresa, sean positivas o negativas, a su vez, en el ámbito externo se analizan como es la interrelación con los pacientes, siendo de vital importancia conocer lo que ellos desean del servicio ofrecido.

Para Londoño (2012), quienes eligen los servicios de la empresa requieren apreciar que se están notificando en forma positiva con él. Pues, las impresiones o limitaciones del lenguaje pueden anteponerse e imposibilitar una comprensión

adecuada. Es de esta manera como la empresa debe procurar comprender las necesidades y atender los constante requerimientos de los clientes.

De igual forma, se destaca los planteamientos de Prieto (2015), la persona que opta por un servicio en particular necesita sentir que se está comunicando en forma efectiva, ello implica se interpreten claramente sus mensajes. Por supuesto, la comunicación en general y el uso de las palabras en particular, dependen de varios elementos. Primeramente, normalmente no se dice lo que quiere decir, por ello, los mensajes a veces van más pausados en comparación a los pensamientos. En segundo lugar, pueden existir cosas que no interesa decir o se pueda hacer en otro momento. Probablemente, existan elementos que no se comenten, porque son del todo privados.

En el mismo orden de ideas, Laloux (2016), el principio básico para que el mensaje sea aceptado y comprendido radica en ser claro, preciso, sencillo, evitar tecnicismo, jerga, frases hechas, proverbios, entre otros. Por último, es significativo evitar la aparente amistad y la simulada de sensibilidad. En este sentido se debe tener muy claro que 'si el receptor del mensaje no entiende es por falta del emisor. De esta manera la empresa debe motivar al paciente a sentirse agradable, que alivie su ansiedad, lo atienda con cuidado, sonría y le de valor agregado.

Todo lo anterior, los autores consultados anteriormente poseen similitudes en cuanto al sustento teórico de necesidades de ser comprendido, Londoño (2012), se basa en que el cliente aprecie que se están notificando en forma positiva en él, sin embargo, Laloux (2016) y Prieto (2015), lo enfocan desde la perspectiva comunicacional, evitando el uso de tecnicismo con información clara y sencilla. En tal sentido, todo usuario en la búsqueda de la complacencia de sus necesidades elige un servicio, necesita sentir más el beneficio que se están comunicando en forma efectiva con él, que la utilidad generada por el servicio requerido, dando a entender una explicación de manera correcta los mensajes enviados, sus emociones y comprensión adecuada.

En este propósito esta investigación fija posición con los postulados de Londoño (2012), al plantear que un cliente al no ser comprendido, genera un impacto negativo en las actividades vinculadas, afectando su rendimiento, creando un ambiente contradictorio para los integrantes de la misma, generando consecuencias que afectan el cumplimiento de las metas en la organización.

2.12. Necesidades de ser bien comprendido

Las entidades prestadoras de salud vinculadas a los procesos de bienes o servicios, actualmente, presentan paradigmas que irrumpen, en cuanto a cómo se deben realizar las cosas en una empresa.

De acuerdo a Londoño (2012), sostiene que la acogida personal es importante no requiere excederse, propiciar al cliente que es bien recibido y agradable su visita para la entidad prestadora de salud; por cuanto nunca existe una segunda oportunidad para lograr una magnífica primera impresión. Sin duda, la mejor herramienta para hacer al paciente se sienta bien recibido es dejarle conocer que para la empresa él siempre será un cliente. Esto consiste en aplicar una bienvenida de calidad, amistosa, cordialidad y amable a todo lo relacionado a la afinidad con los diferentes pacientes.

De igual forma, se destaca los planteamientos de Prieto (2015), al afirmar que ningún consumidor que esté buscando la satisfacción a sus deseos y necesidades a través de una empresa, se le haga sentir como un extraño, regresará a ella. El paciente igualmente requiere concebir que la empresa se alegra al verlo, además, siempre es bienvenido. La necesidad de ser bien recibido es indispensable, pues, ningún individuo al relacionarse con el paciente y lo haga considerarse como un extraño o mal tratado no esperara el retorno del mismo. El consumidor necesita percibir que la empresa le agrada su presencia, por lo menos su requerimiento es vital para ella.

Por su parte, Laloux (2016) dentro de la satisfacción el menester del paciente debe tener conocimiento con quién habla, entre otras cosas, es prescindible presentársele, por cuanto, se trata de la primera toma de contacto para con la empresa. De allí, que la sonrisa siempre ayuda a liberar tensiones y

es el método más efectivo para mostrar una actitud de motivación, bienvenida; sostiene el autor que el primer contacto debe ser visual, y mirar a la cara al paciente es señal de una comunicación sincera.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, los autores consultados Laloux (2016), Prieto (2015) y Londoño (2012), al contrastar los enunciados a cerca de la necesidad de ser bien recibido, de acuerdo a las formulaciones expuesta por los autores, coinciden en que éstas consisten ponerse en el lugar de las otras personas consiste no sólo en saber manejar las propias emociones, sino en darlas a conocer al paciente, concordando en el fin último de satisfacerlo.

En ese sentido, en criterio del investigador es importante saber entender los sentimientos y angustias de los individuos, donde, la comprensión, sensibilidad, empatía, intuición son factores claves para comprender bien al paciente. Para efectos de la presente investigación se decidió tomar las teorías planteadas con Londoño (2012), quien sostiene que la acogida personal es importante no requiere excederse, propiciar al cliente que es bien recibido y agradable su visita para la empresa; por cuanto nunca existe una segunda oportunidad para lograr una magnífica primera impresión.

2.13. Necesidad de sentirse importante

Hoy por hoy, los pacientes poseen la necesidad de sentirse importante, la estrategia de hoy es buscar la manera de que el paciente se sienta privilegiado, con atención esmerada e individualizada, trato cordial, fluidez en la comunicación, entre otras alternativas que permitan obtener confianza al paciente.

Afirma Londoño (2012), el ego y la autoestima son fuertes menesteres del hombre, por cuanto, a todos los seres humanos les gusta sentirse importantes, cualquier cosa que se haga para buscar la manera, donde, el usuario se sienta especial, será un paso en la orientación adecuada. Considera el autor, que a todos los pacientes les gusta sentirse importante, por ello cualquier cosa que la entidad prestadora de salud busque para que el paciente se sienta bien, será un paso en ganarse un buen lugar dentro de la mente del consumidor.

De la misma forma para Prieto (2015), que todo consumidor nace con la necesidad de sentirse importante, además apreciado, por tanto, suelen ocupar gran parte de su vida en buscar sentirse significativos, razón fundamental para que en todos los momentos las empresas hagan sus grandes esfuerzos por apreciar a los clientes; por satisfacer sus necesidades, hacerlos sentir importantes, considerados, admirados o necesarios.

Para reforzar este criterio, Laloux (2016), el consumidor traspasa todo aquello que percibe del mundo exterior por medio de un conjunto de sentidos. Así cuando se realiza una actividad se utilizan estos sentidos, desarrollan los consumidores en unos campos concretos, por ello, cuando se está de forma suelta en algunos de estos campos se posee sentido especial. Una de estas habilidades es la importante para la empresa a la hora de hacer sentir al cliente que es importante.

Al contrastar con base a lo anteriormente planteado, los autores Laloux (2016), Prieto (2015) y Londoño (2012), coinciden en que es de relevancia que las organizaciones, el personal que atiende el público haga sentir al paciente importante, esto causaría un impacto emocional, es decir estableciendo lazos de fidelidad entre el asiduo cliente con respecto a la organización.

En este propósito, esta investigación fija posición con los sustentos teóricos de Londoño (2012), al exponer que el ser humano por naturaleza le gusta sentirse en cuenta, más aún cuando existen relaciones de salud, por ello las organizaciones persiguen que el paciente se sienta bien.

2.14. Necesidad de comodidad

Al momento de concretarse la prestación del servicio, tomando en consideración que este se caracteriza por ser un hecho intangible, el paciente debe percibir elementos positivos derivados de las instalaciones de la empresa, así como también el trato del personal hacia ellos es un factor clave de éxito, acompañado de la cordialidad y afabilidad, pudiesen influir en que el paciente regrese en lapso determinado.

Según los señalamientos de Prieto (2015), los clientes necesitan agrado en cuanto a la parte física; un sitio donde puedan plácidamente esperar, reposar, conversar o realizar negocios; asimismo, requieren poseer la certidumbre que se les atenderá en forma apropiada y la confianza de satisfacer sus diferentes necesidades. Para Londoño (2012), la necesidad de comodidad es parte fundamental en las empresas, por cuanto, estas deben de aplicar todos sus esfuerzos al cliente, de manera tal, sienta la diferencia de estar plácidamente dentro de la empresa y lo que representa estar fuera de ella. Además, la entidad prestadora de salud tiene la obligación de aliviar las ansiedades del paciente, para de esta manera, con una buena sonrisa como valor agregado; explicar con cuidado todos los procedimientos que conducen a la prestación de un servicio adecuado.

En tal sentido, Laloux (2016), identifica a la comodidad como una parte del procedimiento para ofrecer el cuidado de elementos físicos y emocionales del cliente; por cuanto, es el rol principal de la empresa para el paciente. Este aspecto incluye el manejo de una actitud de agrado a la hora de tener algún contacto con él, así como, de hacerlo sentir seguro en sus requerimientos, el resultado de este proceso es mirar como el cliente evalúa su comodidad. Tomando en consideración los autores Laloux (2016), Prieto (2015) y Londoño (2012), estos coinciden en cuanto a todos estos aspectos en los que se vincula la satisfacción a las necesidades del paciente.

el cliente es pieza fundamental para cualquier empresa, es la razón de su existencia y permanencia, por cuanto, gracias a él, depende la presencia de la organización y también todos los individuos que trabajan en la empresa. Por consiguiente, hay que generar conciencia a todos sus miembros sobre el pago realizado por el cliente de los servicios, se asegura la permanencia profesional para el recurso humano, salarios, bienestar social para empleado y su familia. En la presente investigación se fija posición con los señalamientos de Londoño (2012), la necesidad de comodidad es parte fundamental en las empresas, por cuanto, estas deben de aplicar todos sus esfuerzos al cliente, de manera tal, sienta la diferencia de estar plácidamente dentro de la empresa y lo que representa estar fuera de ella.

2.15. Satisfacción del cliente

Tomando como referencia a Kotler y Armstrong (2010), definen la satisfacción como la contestación de saciedad del paciente, teniendo en cuenta que es un juicio acerca de una característica del servicio, que facilita un nivel satisfactorio de recompensa vinculado con el consumo. De esta forma, Lovelock (2015, p. 58), expresan que “la satisfacción del paciente se puede definir como un juicio de actitud después de una acción una serie de interacciones entre el paciente y el servicio”.

Continuando con el proceso de revisión Stanton, y Etzel (2007) lo define como el resultado de cotejar la percepción de los beneficios derivados por el servicio, en relación con las perspectivas de beneficio deseadas, muchos recomiendan que la mayor garantía de poder alcanzarlo es conocer a fondo lo que esperan los pacientes adecuándose a sus necesidades.

Tomando en consideración, los autores, Kotler y Armstrong (2010), Lovelock (2015), así como Stanton, y Etzel (2007) están de acuerdo en que la satisfacción es una respuesta vinculada al juicio que genera el consumidor referente al servicio adquirido una vez que cumpla o no con las expectativas del mismo. Con respecto a lo anteriormente definido esta investigación fija posición con lo expuesto por Stanton, y Etzel (2007) ya que alega que la satisfacción del cliente es el resultado de la relación teniendo elementos como la percepción y expectativas que el mismo recibe del servicio brindado en comparación con lo que desea obtener.

2.16. Satisfacción del cliente interno

Así como el cliente externo de la organización que al momento de obtener un bien o servicio desea obtener satisfacción, existe un cliente interno que en su condición de persona desea también alcanzar ese mismo estado en relación con la empresa, en otras palabras, requiere sentirse satisfecho y con sus expectativas cubiertas. Según Kotler y Armstrong (2010) definen la satisfacción del cliente como el nivel hasta el cual el desempeño apreciado u otorgado por un bien es igual a las perspectivas del consumidor.

Si el desempeño del servicio no está al nivel de las expectativas, el paciente se siente insatisfecho. Si el desempeño es igual a las perspectivas o las sobrepasa el paciente se siente satisfecho.

Para reforzar, Serna (2010) afirma que una organización no da a sus pacientes lo que no es capaz de dar sus empleados, de manera que para una organización es imprescindible conocer los índices de satisfacción de sus colaboradores, es decir, sus empleados, ya que de lo contrario se convierte en una desventaja competitiva. Por su parte Stanton y Etzel (2007) parten del punto en el cual la satisfacción del cliente es el grado en que la experiencia con un servicio que corresponde a las expectativas de quien lo compra y la supera, siendo este un componente significativo y de trascendente para el avance de cualquier producto.

Continuando la exploración de Serna (2010) al referirse a la satisfacción del cliente hace énfasis a que las instituciones prestadoras de salud que no estén en disposición de lograr agradar a sus empleados, tampoco estarán en disposición de satisfacer a sus pacientes, estableciendo una relación entre ambos tipos de pacientes, tanto el interno como el externo, donde la entidad prestadora de salud establece niveles cónsonos o equilibrados, puesto que una depende de la otra. Si los pacientes se sienten a gusto con la entidad prestadora de salud, esto será reflejado en las labores que realiza, trabajaran de forma óptima impulsando al logro de metas lo cual se proyectara a sus clientes externos.

Tomando en consideración los argumentos anteriores, los autores Kotler y Armstrong (2010), Serna (2010) y Stanton y Etzel (2007), se refieren a la satisfacción del cliente orientado hacia cliente externo como tal, la cual definen como ese grado en el cual la apreciación que posee un cliente sobre el servicio adquirido iguala o superan sus expectativas. De tal manera, si las empresas consiguen rebasar las perspectivas de sus clientes tendrá garantizado su éxito.

2.17. Expectativas de remuneración

En organizaciones de cualquier índole la retribución económica es un componente clave para el desempeño de las actividades a realizar. Si el salario es acorde, donde, el trabajador se siente bien pagado con lo recibido, en esta manera se sentirá a gusto con la organización, lo cual es manifestado en el cliente externo. La remuneración es lo que la persona recibe como retorno por el cumplimiento de tareas organizaciones, fundamentalmente es una relación de intercambio entre las personas y la empresa. Cada empleado hace su trabajo para obtener recompensas financieras y no financieras abarcando todos los elementos del salario directo e indirecto. Leal (2013).

Por su parte, Chiavenato (2017) hace referencia que cada empleado como asociado de la institución prestadora de salud, le incumbe en invertir en la labor, dedicación, esfuerzo personal, conocimientos o habilidades, si recibe la retribución adecuada.

Por otra parte, Lovelock (2015) define la remuneración como una serie de elementos compensatorios acotando que para toda organización el activo más valioso de su empresa es el empleado, y saber remunerarlo permite que trabaje eficazmente en beneficio de la organización, permitiendo así el logro de objetivos. Según se ha citado, los autores mencionados convergen en cuanto a las expectativas de remuneración Chiavenato (2017), Lovelock (2015) y Leal (2013), estos presentan palabras claves, el cual confluyen en compensación, remuneración, salario, es la contraprestación por el trabajo de una persona en una organización, donde el trabajador aporta dedicación, esfuerzo personal, sapiencias o destrezas.

Por lo anteriormente expuesto esta investigación tomará los postulados de Chiavenato (2017) quien define al paciente como socio de la institución prestadora de salud, haciendo notar sus habilidades y destrezas en las actividades asignadas recibe a cambio una remuneración que no es más que el salario percibido por dichas actividades, al tener un salario adecuado o cónsono con las labores que realiza en esa medida tendrá interés en las mismas, creando un grado de compromiso con la organización.

2.18. Expectativas de motivación

La manera a través de la cual las empresas pueden motivar a su personal es por medio de bonos al alcanzar las metas, tal es el caso de los gerentes, supervisores y vendedores. En el caso de los promotores incentivos por mejores exhibiciones o espacios logrados, en referencia a los departamentos administrativos una manera creando estímulos por objetivos logrados, siendo estas algunas de las formas de mantener motivado al empleado de cualquier ramo o sector.

Para Kotler y Armstrong (2010) la motivación es la dimensión que se apoya en los aspectos motivacionales que desarrolla la organización en sus empleados, es la voluntad por el logro de las metas u objetivos planteados por la organización y la capacidad del esfuerzo que realiza un individuo para satisfacer alguna necesidad o deseo personal. Por su parte Robbins y Judge (2017), hace referencia a la motivación como la serie de procesos que dan cuenta de la intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo de un individuo por conseguir una meta u objetivo trazado tanto a nivel propio como profesional. Es el nivel de constancia o perseverancia realizado por un individuo para un logro determinado.

En otro orden de ideas, Chiavenato (2017) hace referencia a que la remuneración por sí sola no es suficiente para el empleado, es necesario incentivarlos o motivarlos a cumplir lo mejor posible sus tareas, superar el desempeño actual y alcanzar metas y resultados desafiantes formulados para el futuro. Alguna de las maneras de motivar es a través de recompensas o bonos por objetivos logrados.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, los autores consultados Kotler y Armstrong (2010), Robbins y Judge (2017) y Chiavenato (2017) coinciden al definir la motivación como la voluntad, entusiasmo, esfuerzo que realizan las personas para alcanzar metas, siendo la empresa la responsable de mantener niveles altos motivación en sus empleados, lo cual estará reflejado en cumplimiento de los objetivos planteados a corto y

largo plazo. De manera tal, mientras más motivados esté el personal, las metas serán alcanzadas en los tiempos precisos y de manera eficiente.

En esta investigación se tomarán los postulados de Chiavenato (2017) quien define la motivación como el incentivo que recibe el personal para mejorar su desempeño y alcanzar los objetivos, acotando, que el salario no es la única forma para motivar al trabajo, también deben recompensas o bonos por logros obtenidos los cuales permitirá que ese esfuerzo al logro se repita.

2.19. Expectativas de capacitación

La capacitación se refiere a los programas diseñados con los objetivos básicos de enseñar una nueva técnica para mejorar una que ya se tiene pero que se realiza deficientemente, desarrollar una habilidad o generar nuevos conocimientos que proporcionen nuevas técnicas, en líneas generales con la finalidad de realizar eficientemente las actividades encomendadas.

Partiendo de esta situación, Dolan (2014) define la capacitación como un proceso que consiste en una acción concebida y fundada en necesidades existentes de una organización encaminada hacia un cambio en las culturas, destrezas o actitudes del colaborador en referencia al desarrollo, es la educación profesional que perfecciona al hombre para una carrera dentro de una profesión. Aunque está centrada en los individuos tiene como objetivo mejorar las tareas que desarrolla la empresa, por tanto, sus objetivos o alcances se definen alrededor de los oficios actuales, de cómo se realizan y cuál es su futuro.

De la misma forma Chiavenato (2017), para capacitar a las personas no es únicamente darles información para adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas, lo cual los hace más eficientes en la labor realizada, sino darles la información básica para que aprendan nuevas actitudes, soluciones ideas y conceptos lo cual permite modificar sus hábitos y comportamientos haciéndolos más eficaces en lo que hacen. En el mismo orden de ideas, Serna (2010), es una de las maniobras más significativas del mercado interno, ya que refleja la preocupación de la empresa por sus miembros, su progreso y desarrollo,

contemplados en los objetivos empresariales, materializados en políticas, programas y lineamientos de capacitación.

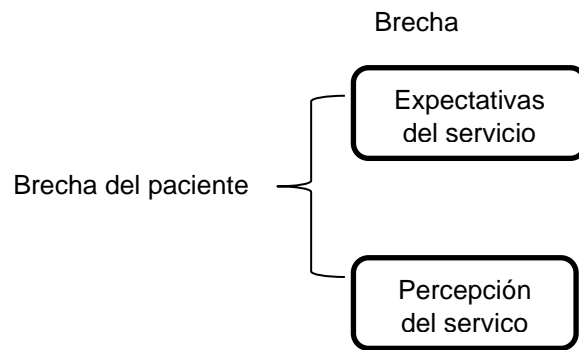
Comparando los planteamientos de los autores se observa que a criterio de Dolan (2014) vincula el concepto de capacitación en torno a las necesidades de la organización, permitiendo al empleado hacerse más hábil en las labores que ejecuta adquiriendo nuevos conocimientos en función de las mismas, mientras que para Serna (2010) y Chiavenato (2017) el punto principal de la capacitación es el empleado, la necesidad que tiene el mismo de obtener nuevas nociones, técnicas y habilidades lo cual le permite enriquecerse a nivel profesional. Sin embargo, Chiavenato (2017) indica que la capacitación al personal de la organización debe a nivel tanto de aptitudes como de actitudes, para fomentar nuevos hábitos.

En esta investigación se tomarán los postulados de Chiavenato (2017), para el cual la capacitación aparte de ser programas cuyo objetivo principal es generar nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el empleado, la capacitación también debe estar dirigida a fomentar cambios en la actitud y hábitos del empleado, lo cual permitirá optimizar todo conocimiento nuevo que adquiera, puesto que ni basta con obtener el conocimiento si no aplicarlo de la mejor forma posible en favor de la organización y sus miembros.

2.20. Satisfacción del cliente externo

Entendiéndose por cliente externo como las personas que compran un servicio a una organización cuya satisfacción dependerá de la evaluación que realice el mismo sobre el servicio responde a sus necesidades y expectativas, así lo afirman Zeithaml (2014). En este punto es necesario hacer mención al modelo de las brechas sobre los retiros voluntarios y a su vez a la calidad de servicio expuesto por los autores, el cual tiene como punto principal la brecha del paciente, como se observa en la figura 1.

Figura 1. Brecha del paciente



Fuente: Zeithaml (2014)

En dicho modelo las expectativas son los puntos de referencia que los pacientes han obtenido a través de su referencia con los servicios. Por su parte las apreciaciones representan la manera de como reciben el servicio. El modelo hace referencia que las entidades prestadoras de salud con el objetivo de satisfacer a sus pacientes deben cerrar la brecha entre lo que se espera y lo que se recibe. Para cerrar dicha brecha es necesario cerrar primero las brechas del proveedor del servicio, estas son:

Brecha 1: No saber lo que el paciente espera, siendo importante lo que la entidad prestadora de salud percibe del paciente, y lo que el paciente realmente espera.

Brecha 2: No seleccionar el diseño ni los estándares del servicio correcto que no permiten la satisfacción de las expectativas.

Brecha 3: No entregar el servicio con los estándares de servicio, es decir, cuando la organización no cuenta con los sistemas procesos y personas que aseguren la ejecución del servicio consecuentemente.

Brecha 4: No igualar el desempeño con las promesas, lo cual hace referencia que las promesas realizadas por la organización hacia el paciente no se cumplen.

En su postulado, Kotler y Keller (2010) hacen referencia que el nivel de satisfacción del cliente depende del resultado obtenido de la oferta en relación a

las expectativas previas, presentándose como una impresión de delectación o decepción, resultado de comparar la experiencia obtenida con el servicio con las expectativas de beneficio preestablecidas. De tal manera, si los efectos son menores a las expectativas se tendrá un paciente insatisfecho, si las iguales serán satisfechas y de superarlas será un paciente muy satisfecho con el bien o servicio ofrecido.

Después de las consideraciones anteriores, los autores consultados en relación a la satisfacción del cliente externo estos discrepan desde distintas aristas, Lovelock (2015), vincula calidad y servicio con satisfacción, por su parte Zeithaml (2014), hace mención al modelo de las brechas sobre calidad de servicio expuesto, el cual tiene como punto principal la brecha del paciente, mientras que Kotler y Keller (2010), la satisfacción va a depender del resultado obtenido en relación a las expectativas previas.

Una vez expuestas algunas de las definiciones más significativas sobre la satisfacción del cliente externo, se fijó posición con Zeithalm (2014), dado que vinculan la satisfacción del paciente externo con sus necesidades, expectativas y percepción que tiene el mismo servicio obtenido, esencialmente estos son el motor en cualquier organización que dependa de los ingresos por servicios prestados.

2.21. Expectativas del servicio deseado

Las expectativas juegan un papel fundamental cuando el paciente evalúa los servicios y se requiere comprender cuales son los factores que influyen en las mismas, dado que muchas de estas fuerzas influyentes en las expectativas son incontrolables, así lo aseguran Zeithaml (2014), existen dos factores que afectan de forma relevante el nivel de servicio deseado siendo estos las necesidades particulares y las ideologías de servicio, entendiéndose como necesidades personales a los períodos o situaciones fundamentales para el bienestar material o funcional del paciente.

Estos menesteres personales se pueden clasificar en muchas categorías que incluyen, la física, la social, la psíquica y la práctica. Tomando en cuenta que

algunos pacientes son más demandantes que otros y manifiestan más comprensión y perspectivas más elevadas de servicios, existen los intensificadores del servicio, que son los componentes particulares y firmes que enaltecen el sentimiento del cliente ante el servicio.

Entre estos factores, el más importante es el llamado expectativas derivadas del servicio, el cual se presenta cuando las expectativas del cliente son encaminadas por otro individuo o grupo de sujetos, como en el caso de familiares, amigos o compañeros de trabajo. Otro intensificador permanente es la filosofía propia del servicio, que no es otra cosa que la condición genérica que subyace en los usuarios con respecto a la esencia del servicio, así como, el comportamiento oportuno de los proveedores del mismo.

Los paciente poseen apreciaciones con respecto a los proveedores de servicio, intensificándose en la medida en la que poseen ideologías propias, donde, las expectativas derivadas aumentan con respecto al servicio deseado. Señala Davidow y Uttal (citado por Zeithaml, 2014) hace referencia que las expectativas del servicio se constituyen por diversos elementos incontrolables, desde las costumbres que vive el consumidor con otras organizaciones, hasta la consecuencia de la publicidad utilizada y el estado psicológico del paciente en el instante de la prestación del servicio.

En otro orden de ideas, Lovelock (2015) define el servicio deseado como el nivel de servicio que los pacientes esperan recibir para poder cumplir sus deseos o necesidades, lo cual está relacionado con las expectativas deseadas en cuanto al servicio haciendo referencia que estas representan lo que a juicio de los clientes podría ocurrir y debería ocurrir.

Dadas las condiciones que anteceden, los autores utilizados como referencia teórica en cuanto a las expectativas del servicio deseado divergen en cuanto a sus posturas, para Lovelock (2015), se refiere a juicios generados por el cliente por su parte Zeithaml (2014), menciona las necesidades particulares y las ideologías de servicio como condicionante, mientras Davidow y Uttal (2010), hacen mención a elementos como cultura del paciente, estado emocional del individuo.

Por lo expuesto anteriormente, se fija posición con los postulados presentados por Zeithalm (2014), al exponer de forma explícita los factores condicionantes o influyentes en las expectativas creadas por el paciente hacia el servicio, siendo así el servicio deseado el que espera recibir el paciente, es una combinación entre lo que se considera debe ser con lo que puede ser, si se desea un buen servicio, las expectativas serán mucho mayores, en definitiva, el mejor servicio para cualquier consumidor está condicionado a sus deseos, y creencias.

2.22. Expectativas del servicio adecuado

El servicio adecuado, es aquel nivel de servicio que los clientes consideran aceptable. Por lo general son de corto plazo y tienden a fluctuar más que los factores relativamente estables que influyen en el servicio deseado, definido así por Zeithaml (2014), son cinco los factores influyentes en este tipo de servicio, conocidos como intensificadores transitorios de servicio, percepción de las opciones de servicio, auto percepción del rol del paciente en el servicio, factores situacionales y servicio precedido.

Los intensificadores transitorios de servicio son componentes particulares transitorios y prácticamente de corto plazo que inducen que el paciente sea más sensato de la necesidad del servicio, son contextos de acontecimientos propios, donde, urge la necesidad del servicio aumenta el nivel de las expectativas del mismo, en particular el nivel de responsabilidad que se requiere, considerado aceptable.

En lo referente a la apreciación de las alternativas de servicio, se representa en distintos proveedores, donde el cliente puede obtener el servicio. Si los tienen la posibilidad de elegir entre múltiples proveedores para un mismo servicio, el nivel adecuado es más alto que cuando los pacientes consideran que en ningún sitio logran conseguir un excelente servicio.

De igual forma en el postulado de Lovelock (2015) hace referencia al servicio adecuado como la calidad del servicio que el paciente tiene la

disposición a acceder, influyendo en ello cinco componentes los cuales son concluyentes en el mismo, presentándose a continuación:

- a) Elementos transitorios: son factores personales de corto plazo que aumentan la sensibilidad del paciente.
- b) Alternativas de servicio percibidas: cuanto mayor sean las alternativas que tiene el paciente en cuanto a proveedores del servicio, mayores serán sus expectativas.
- c) Percepción del rol personal: insumos que el paciente cree que debe aportar para el encuentro del servicio, lo cual hace aumentar el nivel de expectativa.
- d) Factores de la situación: circunstancias que disminuyen la calidad del servicio pero que están fuera del control del prestador.
- e) Servicio pronosticado: se crea en función de promesas explícitas e implícitas de la empresa, de la comunicación boca a boca y de experiencias personales en el pasado.

Por su parte Kotler y Keller (2012) infiere que el servicio adecuado corresponde con un nivel más bajo de expectativas que los pacientes aceptarían, también conocido como expectativas normativas del servicio, es decir, son las que hacen referencia donde el usuario piensa que va a ocurrir. De manera tal es el modo en la cual se considera al servicio como aceptable.

En los marcos de las observaciones anteriores, los autores consultados Lovelock (2015) y Zeithaml (2014), coinciden en cuanto a las expectativas del servicio adecuado existen ciertos componentes esenciales como elementos o intensificadores transitorios, percepción del servicio, factores situacionales, rol y servicio pronosticado. Sin embargo, Kotler y Keller (2012) infiere que el servicio adecuado concierne con un nivel más bajo de expectativas que los pacientes aceptarían.

Lo anteriormente expuesto se toma como referencia las teorías expuestas por Zeithaml (2014), donde menciona la existencia de cinco factores influyentes en este tipo de servicio, conocidos como intensificadores transitorios de servicio,

percepción de las opciones de servicio, auto percepción del rol del cliente en el servicio, factores situacionales y servicio precedido.

2.23. Percepción del servicio

A través de avances de la ciencia, la percepción se encuentra vinculada con los elementos sensoriales del ser humano, donde, los sentidos como la vista, oído, olfato, gusto y tacto vinculados con el cerebro, permiten interpretar las sensaciones tomadas del medio ambiente, pero particularmente en esta investigación dirigida a al servicio como tal. Para Zeithaml (2014), la percepción de la calidad en el servicio es un componente de la satisfacción del paciente, de tal manera que las percepciones son valoraciones subjetivas de experiencias reales de servicio.

De acuerdo a Rivera, Arellano y Molero (2013), la percepción es el paso mediante el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta estímulos para entender el mundo en forma coherente y con un significado. Por supuesto, esta interpretación ocurre a través del mencionado proceso que ayuda a construir una realidad propia de cada individuo, donde prevalece la subjetividad, lo que el autor denomina su forma de ver el mundo.

Señala, Juran y Gryna (2015) define la percepción como la herramienta utilizada para establecer la imagen que se forman los individuos de una empresa u organización, esta puede ser vista en la misma forma en la que el individuo la observa, ya que para cada persona la realidad observada es un fenómeno totalmente personal, basado en necesidades, creencias, valores y experiencias.

Por su parte Kotler y Armstrong (2010) conceptualizan la percepción como aquel proceso mediante el cual las personas selecciona, organizan e interpretan la información para formar una imagen significativa del mundo, en otras palabras, es como percibe lo que observa o experimenta en un momento determinado.

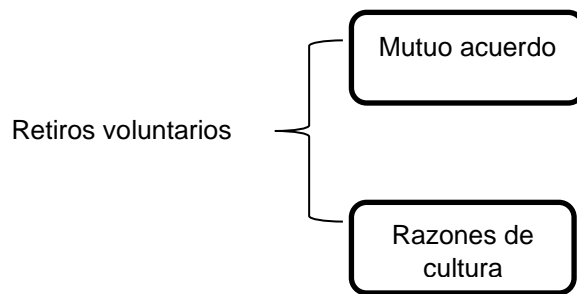
Luego de mencionar las teorías fundadas de los autores, estos presentan distintas ópticas, para Rivera, Arellano y Molero (2013), la percepción es el proceso donde un individuo interpreta estímulos para entender lo que lo rodea en forma coherente. Por su parte, Zeithaml (2014) el retiro voluntario hace parte

de la percepción de la calidad en el servicio es un elemento de la satisfacción del paciente.

Por lo tanto, las percepciones son valoraciones subjetivas de experiencias reales de servicio. De tal manera, aunque para Juran y Gryna (2015) la percepción sea vista como una herramienta y no como proceso, coincide con Kotler y Armstrong (2010) y Zeithaml (2014).

Por lo anteriormente expuesto, se fijará posición con los postulados de Zeithaml (2014) serán tomados en esta investigación puesto que hacen mención a las incidencias de retiros voluntarios definido en un contexto de la calidad en el servicio lo cual es relevante para este estudio definiéndola como la evaluación que realizan los clientes al servicio recibido basándose en las dimensiones del mismo, una vez percibido el servicio al paciente está en posición de emitir un juicio a favor o en contra del mismo.

Figura 2. Percepción del servicio



Fuente: Puig (2015)

CAPITULO 3

MARCO CONTEXTUAL

2.3. SISTEMA DE VARIABLES

Para llevar a cabo la presente investigación, se hizo necesario determinar la variable a medir, que en esta investigación es desarrollo sostenible; una vez definida la variable se debe operacionalizar según, Méndez (2004) “implica desglosar la variable en indicadores, por medio de un proceso de deducción lógica, los cuales se refieren a situaciones específicas de las variables” (p. 78). Por tal motivo, se presenta el mapa de variable, donde se reflejan los objetivos de la investigación, las dimensiones y los indicadores que ayudaron a medir la variable, con el propósito de lograr los objetivos establecidos.

2.4. Conceptualización de las variables

Variable 1: El grado en el cual el paciente reporta las razones del retiro voluntarios estableciéndola como especificaciones del servicio, en términos de necesidades; son valoradas en función de un conjunto de elementos que incluyen la confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y los tangibles asociados al servicio (Zeithaml, 2014, p. 45).

2.5. Operacionalización de variables

Variable 1: La variable retiros voluntarios se define identificando los elementos de la calidad de servicio que involucran confianza, seguridad, empatía, tangibilidad y capacidad de respuesta. Describiendo las necesidades del usuario en relación al servicio ofrecido, como necesidades de ser comprendido, de ser bien recibido, de sentirse importante y de comodidad por parte del usuario y paciente que recibe el servicio en el Distrito Especial Turístico y Cultural Riohacha, La Guajira.

Tabla 1. Operacionalización de las Variables

Fuente: los investigadores (2019)

Objetivo general	Conocer la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha.			
Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicador	Ítems
Conocer el número de casos de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización, presentados en el distrito especial y turístico de Riohacha en el año 2019	Retiros voluntarios	Retiros voluntarios Zeithaml, (2014) Hidalgo, (1988) Duran,(2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructuras • Atención • Orientación • Talento humano 	1,2,3,4
Identificar la causa principal de retiros voluntarios de los indígenas wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha.		Causas de retiros voluntarios Méndez, (2004) Turégano, (2002) Keller, (2000) Kotler,(2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en el servicio • Sala de esperas • Falencia de orientación bilingüe • Información medica 	5,6,7,8
Describir las características demográficas de los indígenas wayuu en el distrito especial y turístico de Riohacha.		Características demográficas Jazmín, (2006) Jiménez, (2006) Puig, (2002).	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Ingreso • Sexo • Grado de escolaridad 	9,10,11,12
Evaluar la calidad del servicio prestado a los indígenas wayuu del distrito especial y turístico de Riohacha.		Calidad del servicio Gurú (2015) Guzmán (2005) Lovelock (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos critico de verdad • Momentos exitosos de verdad • Calificación en el servicio • Percepción del servicio 	13,14,15,16
	Se propusieron estrategias, con base a los resultados obtenidos de los objetivos específicos de la presente investigación.			

CAPITULO 4

3. MARCO METODOLOGICO

El capítulo actual hace referencia al método científico utilizado, señalando a detalle los aspectos relativo al enfoque. Se definió el tipo y diseño de la investigación; además, se tuvo en cuenta la población, las técnicas de recolección de datos, así como su validez, confiabilidad del instrumento, procesamiento estadístico, para obtener los resultados de la investigación.

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarcó bajo un enfoque cuantitativo, para, Arias (2016) detalla como la investigación cuantitativa, es aquella que se formula en valores o datos numéricamente. Por consiguiente, existen dos tipos según lo refiere el autor los cuales se asumen en valores de cifras enteras denominadas tanto discretas como continuas que adoptan números fraccionados en decimales, según la magnitud a la cantidad del enfoque de estudio que puede sufrir cambios objetos de análisis y medición.

Igualmente, Hernández, Fernández & Baptista (2014) determinan que el enfoque cuantitativo se utiliza para la recaudación de datos encaminados a examinar las hipótesis, con fundamento en el cálculo numérico en el análisis estadístico, para constituir modelos de conducta para comprobar teorías. En relación a los autores, los estudios cuantitativos persiguen un patrón estructurado así también de procesos que pretende generalizar los resultados encontrados, dado intenta explicar o predecir los fenómenos investigados.

Es de hacer notar, que el presente estudio empleará técnicas cuantitativas y procedimientos estadísticos, efectuando cálculos sobre los niveles de respuestas suministradas por la población estudiada, para medir el comportamiento de las variables objeto de estudio retiros voluntarios confrontando la teoría en los hechos a través de la observación, verificación y el análisis estadístico.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación está relacionado con la situación polémica planteada, los objetivos y la disponibilidad de recursos para llevar a cabo el estudio. Se refiere al nivel de conocimiento científico al cual espera llegar el investigador, cuyo propósito es señalar el tipo de información, el nivel de análisis y profundidad de la investigación.

La presente investigación, se considera de tipo descriptiva según Méndez (2009), trata de obtener información acerca del estudio actual de los fenómenos, por lo cual pretende precisar la naturaleza de una situación tal y como existe en el momento de estudio. cuando Tamayo (2010), refiere a las investigaciones descriptivas como el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, así como la composición o procesos de los fenómenos; trabajando así, sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta.

Con base a lo expuesto, la investigación se considera de tipo descriptivo, ya que se analizará, y detallará un análisis de los retiros voluntarios como herramienta para el progreso económico del departamento de la guajira

Por su parte, Bernal (2010) expresa que los estudios descriptivos se sostienen primordialmente en métodos como la indagación, la conversación, la información y la revisión bibliográfica. En la misma vertiente, Tamayo y Tamayo (2011) afirma que la indagación de los tipos descriptivos, contempla la representación, reconocimiento, estudios e interpretación del entorno presente y la constitución o etapas de los fenómenos. De tal manera que a partir de cada uno de los elementos que conforman una dimensión y del ámbito en el cual se desarrollan los mismos, se podrá describir cómo es su comportamiento y cómo se revela el comportamiento en las variables.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En este sentido, la presente investigación se considera un estudio de campo, por cuanto se realizará con la presencia del investigador en el lugar de ocurrencia del fenómeno. En ella, el investigador se basa en métodos que permiten recoger datos en forma directa de la realidad donde se presentan, a través de la técnica de encuesta utilizada para recolectar la información pertinente.

En cuanto a la investigación de campo, Hernández (2011) definen al diseño de campo como aquel referido a los métodos empleados cuando los datos de interés se recolectan de manera directa de la realidad, llamados datos primarios o de primera mano. Es decir, la información se extrae directamente de una situación real, en el propio sitio donde se dan los hechos, en la realidad seleccionada para el estudio.

Asimismo, también se considera no experimental ya que en opinión de Hernández (2011) es aquella la cual se realiza sin manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Por lo cual, el estudio se enmarca dentro de un diseño no experimental, pues no se manipulan las variables desarrollo sostenible e inventarios turísticos, así como los fenómenos que se observan tal y como son dentro del sector del departamento de la guajira, donde el investigador no interviene construye ninguna situación.

el estudio se considera transversal por cuanto las variables de estudio serán medidas y analizadas en sus condiciones naturales, en una sola oportunidad buscando obtener la información necesaria para el logro de objetivos planteados, empleando técnicas apropiadas al contexto del estudio a desarrollar. Al respecto, Jenny, (2012) señalan que lo transeccional en este estatus de investigación, se ocupa de recolectar datos en un solo momento, así como, en tiempo único. Teniendo como finalidad la descripción de la variable, analizar su incidencia e interacción en un momento dado, sin desviar su objetividad. Por ser una investigación no experimental el diseño será transversal descriptivo con un enfoque cuantitativo.

3.4. FUENTES DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Es importante en el lapso de una exploración tomar analogía con el transcurso de la investigación, puesto que de ello obedecen la confiabilidad y validez del estudio, conseguir la búsqueda confiable y valida demanda cuidado y dedicación, dichos datos o información que va a recopilar son el medio a través del cual se responden las preguntas de averiguación y se obtienen los objetivos del estudio producidos del problema del estudio, estos corresponden ser confiables, es decir, convienen ser adecuados y suficientes, lo cual es necesario definir las fuentes, por lo que Bernal (2010) lo define de ambos arquetipos de fuentes de recolección de información: las primarias y las secundarias.

De acuerdo a Hernández Sampieri (2006), las fuentes son hechos o documentos a los que acude el investigador y que le permiten obtener información; en este caso serán de tipo primario y secundario, con el fin de obtener información más precisa y veraz para el desarrollo del estudio.

3.5. Fuentes Primarias

Según Hernández Sampieri (2006), es la información oral o escrita que es recopilada directamente por el investigador, a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento; por ello en el presente estudio se realizó una encuesta a los gerentes del sector de la salud para obtener la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

3.6. Fuentes Secundarias

Según Hernández Sampieri (2006), es la información escrita que ha sido recopilada y transcrita por personas que han recibido tal información a través de otras fuentes escritas o por un participante en un suceso o acontecimiento; es por ello que dentro de la información secundaria requerida para esta investigación se tuvieron en cuenta todos aquellos registros, escritos o archivos que contengan la información necesaria para el desarrollo de este estudio; igualmente se tienen libros, revistas, estadísticas, periódico.

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. población

Jenny (1994), define que la población es la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre los cuales se desea hacer una inferencia. Para conocer la incidencia de los retiros voluntarios en el departamento turístico y especial de Riohacha, se tuvieron en cuenta a los gerentes y representante legales de las entidades prestadoras de salud (EPS) los cuales en la actualidad se seleccionaron (9) en este sector.

Tabla 2: instituciones prestadoras de salud

Eps Salud Total
Eps Nueva Eps
Eps Sanitas
EPS Asociación Indígenas Del Cauca
EPS Coopsalud
EPS Dusakawi
Eps Cajacopi
EPS Anaswayuu
EPS Comfaguajira

3.7.2. Censo

Martínez (1997), la define como aquella pequeña parte del grupo, que es representativa de la población en estudio y en ella deben encontrarse representados todos los elementos de la población.

En el presente estudio se tomaron la totalidad de los gerentes y representante legales de las entidades prestadora de salud (EPS) en el departamento turístico y especial de Riohacha las cuales corresponden a nueve entidades (9), por ser una población pequeña, se hizo un censo poblacional, lo cual ayudo a la recolección de la información necesaria para la investigación.

3.8. TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACION

De acuerdo al criterio de Sabino (2005), las técnicas de recolección de datos conducen a la verificación del problema planteado y cada técnica establece sus herramientas, instrumentos o medios los cuales serán empleados, es pues, cualquier recurso del cual pueda valerse un investigador para acercarse a los fenómenos, así como extraer de ellos información.

A efectos del presente estudio se utilizó la modalidad de técnica de observación mediante encuestas. A este respecto, Sierra (2004) citado en Bihar (2009) señala que la observación por encuesta, consiste en la obtención de los datos de interés en la investigación mediante la interrogación a los miembros del universo en estudio. En relación a las técnicas de recolección de datos Bavaresco, (2019) señala que la investigación no tiene significado sin la presencia de estas, por cuanto conducen a la verificación del problema propuesto. Las técnicas de recolección de datos conducen a la verificación del problema planteado.

En opinión de Méndez (2009), el cuestionario es un instrumento, herramienta o medio que recoge información. Se considera al cuestionario como el instrumento el cual contiene los detalles del problema investigado, variables, dimensiones, indicadores, ítems. En otras palabras, es el medio que le brinda la oportunidad al investigador de conocer lo que piensa y dice del objeto en el estudio, permitiendo determinar, con los datos recogidos, la futura verificación de las hipótesis que se han considerado.

Para efectos de esta investigación el cuestionario estuvo conformado con diez (16) ítems para la variable retiros voluntarios, con alternativas de respuestas tipo Licker, con cinco (5) alternativas de respuesta: Siempre (S), Casi Siempre (CS), regularmente (R), Casi Nunca (CS), y Nunca (N); dirigido a los gerentes de las entidades prestadora de salud (EPS del departamento especial turístico de Riohacha para obtener la información necesaria y llevar a cabo el presente estudio, se utilizó la encuesta directa, a los (9) gerentes que dirigen estas empresas en el sector de la salud.

3.8.1. Instrumento

Según Hernández (2006), para desarrollar una investigación, es necesario determinar una técnica eficiente de levantamiento de información, que garantice recolectar los datos pertinentes sobre la variables involucradas en la investigación, de acuerdo al mismo autor, un óptimo proceso de recolectar datos implica tres actividades estrechamente vinculadas entre sí: a) Seleccionar un instrumento de medición, el cual debe ser válido y confiable; b) Aplicar ese instrumento de medición; y c) Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente, como técnica válida para obtener información necesaria para realizar el presente estudio, se utilizara la encuesta directa, la cual reúne los requisitos que realmente presenta la variable en estudio, lo cual va hacer prioritario en la presente investigación.

Por lo tanto, en la presente investigación se desarrolló un (1) instrumento, denominado a los gerentes y representante legales de las empresas en el sector de la salud.; constituido por dieciséis (16) ítems; según los criterios contenidos en la escala de Likert, con preguntas cerradas con base a cinco alternativas de respuesta: Siempre, Casi Siempre, Regularmente, Casi Nunca, Nunca.

Tabla 3. Interpretación del Instrumento

Ítems positivo	Respuestas
5	Siempre (S)
4	Casi Siempre (CS)
3	regularmente (R)
2	Casi Nunca (CN)
1	Nunca (N)

Fuente: Díaz (2018)

3.9. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Hidalgo (2010), expone que las técnicas estadísticas pueden ser utilizadas para el análisis en investigaciones descriptivas cuando el interés del investigador está en conocer la magnitud o intensidad con la cual se presenta un evento, o con qué frecuencia aparece, ya sea en las unidades de estudio o por unidad de tiempo. Con base en el tipo de investigación se ejecutarán las técnicas de estadística descriptiva, aplicando medidas de tendencia central para obtener una visión global de todo el conjunto de datos, construyéndolos de manera que permitieran visualizar los resultados de forma clara, precisa y concreta.

Por otra parte, Tamayo (2010), el procesamiento de datos, es el registro obtenido al aplicar el instrumento seleccionado. Los datos se agrupan en distribuciones de frecuencia y se calculan los porcentajes respectivos, para luego ser presentados en cuadros para su mayor entendimiento. La información se organizará en cuadros elaborados con la información recabada de los resultados del cuestionario, para analizarla y de este modo obtener las conclusiones.

Por tal motivo en la presente investigación se comenzó por describir todos los datos y posteriormente a efectuar análisis estadístico para relacionar las variables de estudio, es decir, realizar análisis de estadística descriptiva para cada una de sus variables, para realizar el cálculo de las estadísticas descriptivas, se tuvieron en cuenta elementos estadísticos para computadora, que realmente facilitan los estos cálculos esenciales la presentación de los resultados de la encuesta se hará a través de tablas y graficas con su respectivo análisis e interpretación.

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Este capítulo muestra el análisis de los resultados obtenidos al procesar los datos recolectados a los 9 gerente y representante legal de las entidades prestadora de salud del municipio de Riohacha, el procesamiento estadístico fue realizado para calcular la distribución de frecuencia estableciendo la categoría que corresponde a las dimensiones e indicadores.

1. Variable: retiros voluntarios

Dimensiones: retiros voluntarios

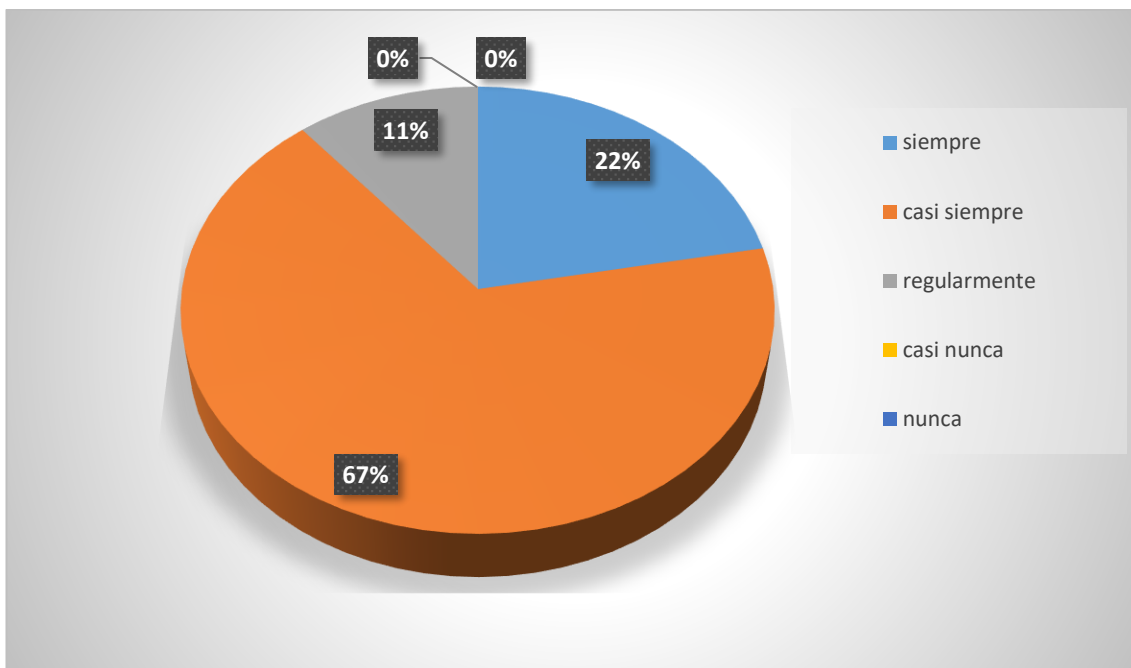
Indicador: infraestructura

Objetivo: Conocer el número de casos de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización, presentados en el distrito especial y turístico de Riohacha en el año 2019.

Ítems: 1

Tabla 4: mejoría de infraestructura

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	2	22%
Casi siempre	6	67%
Regularmente	1	11%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



De acuerdo los resultados obtenidos por medio de la encuesta aplicada a los gerentes y representante legales de las entidades prestadora de salud, el 67% considera que casi siempre tiene conocimiento sobre falta de mejoría en las infraestructura en el distrito especial y turístico de Riohacha ,de la misma manera el 22% manifiestan que siempre y el 11% comunican que regularmente tienen conocimientos sobre las infraestructuras de las entidades prestadora de salud (EPS) en el distrito especial y turístico de Riohacha, el restantes de alternativas no obtuvieron resultados.

2. Variable: retiros voluntarios

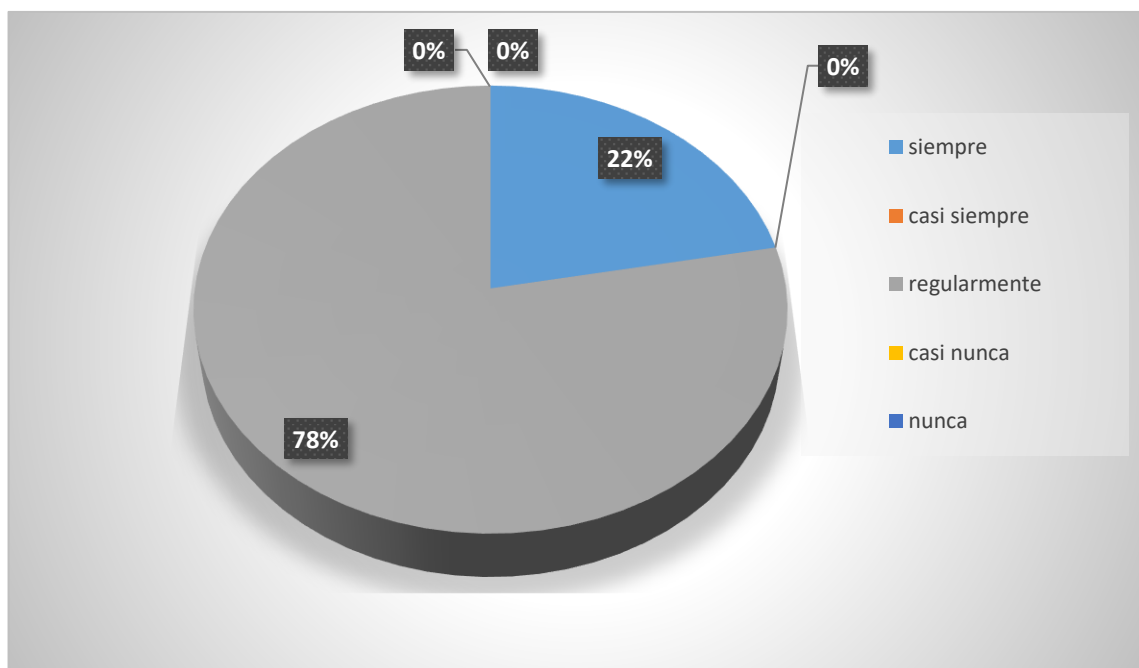
Dimensiones: infraestructura

Indicador: atención

Ítems: 2

Tabla 5: atención al paciente

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	2	22%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	7	78%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



De los gerentes encuestado de las entidades prestadora de, en lo que demuestra la gráfica el 78% comunico a los encuestadores que regularmente satisface las necesidades de atención al cliente, en el paciente indígena en el distrito especial y turístico de Riohacha, mientras el 22% casi siempre satisface las necesidades de atención al paciente, los restantes de alternativas no obtuvieron resultados.

3. Variable: retiros voluntarios

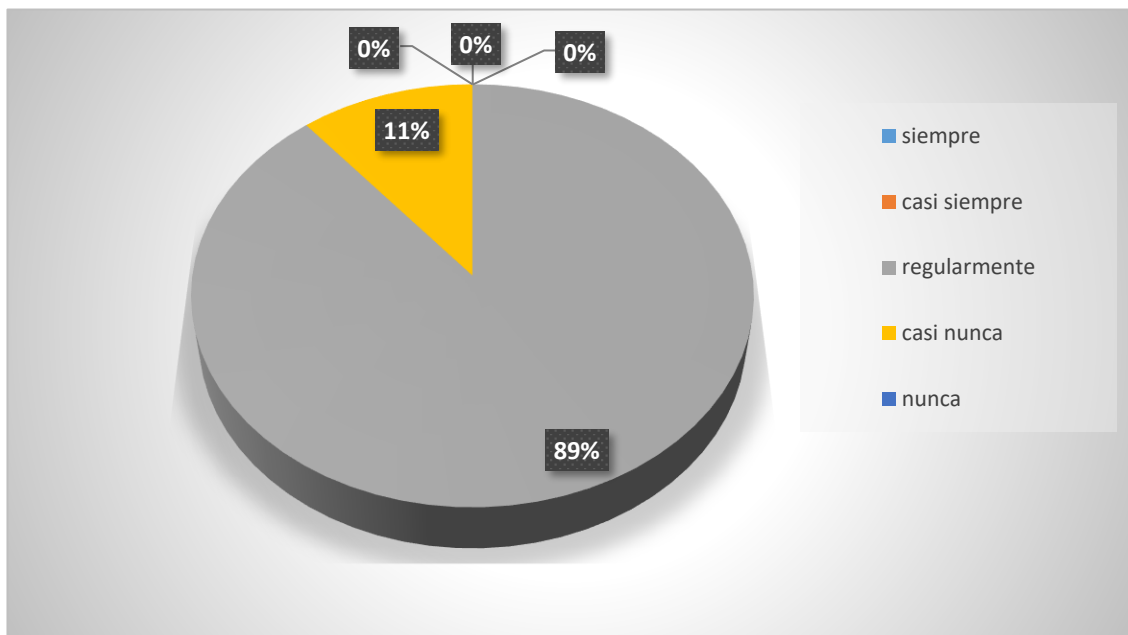
Dimensiones: infraestructura

Indicador: orientación

Ítems: 3

Tabla 6: orientación a la población wayuu

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	8	89%
Casi nunca	1	11%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



De los gerentes encuestado de las entidades prestadora de salud (EPS) en lo que demuestra la gráfica el 89% regularmente cuenta con buena información para la orientación de la población indígena en el distrito especial y turístico de Riohacha., mientras el 11% casi nunca cuenta con buena información los restantes de alternativas no obtuvieron resultados

4. Variable: retiros voluntarios

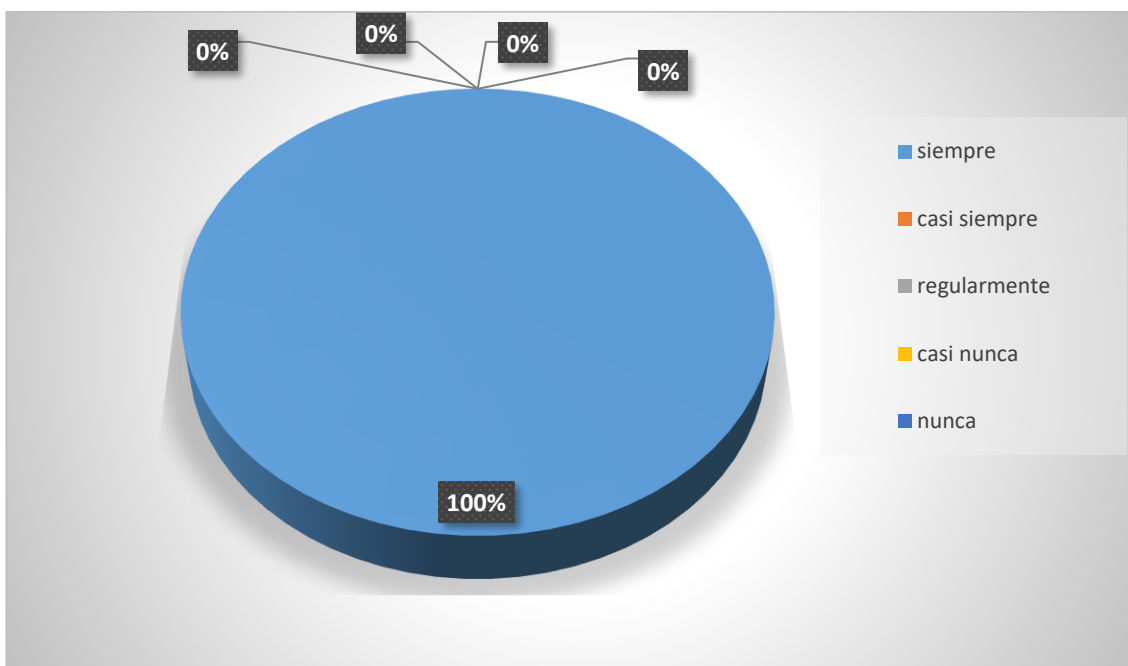
Dimensiones: infraestructura

Indicador: talento humano

Ítems: 4

Tabla 7: especialista de talento humano

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	9	100%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las entidades prestadora de salud consideran con el 100% cuenta con un equipo de talento humano especializado para la buena atención de la población indígena, mientras las demás alternativas no obtuvieron resultados.

5. Variable: retiros voluntarios

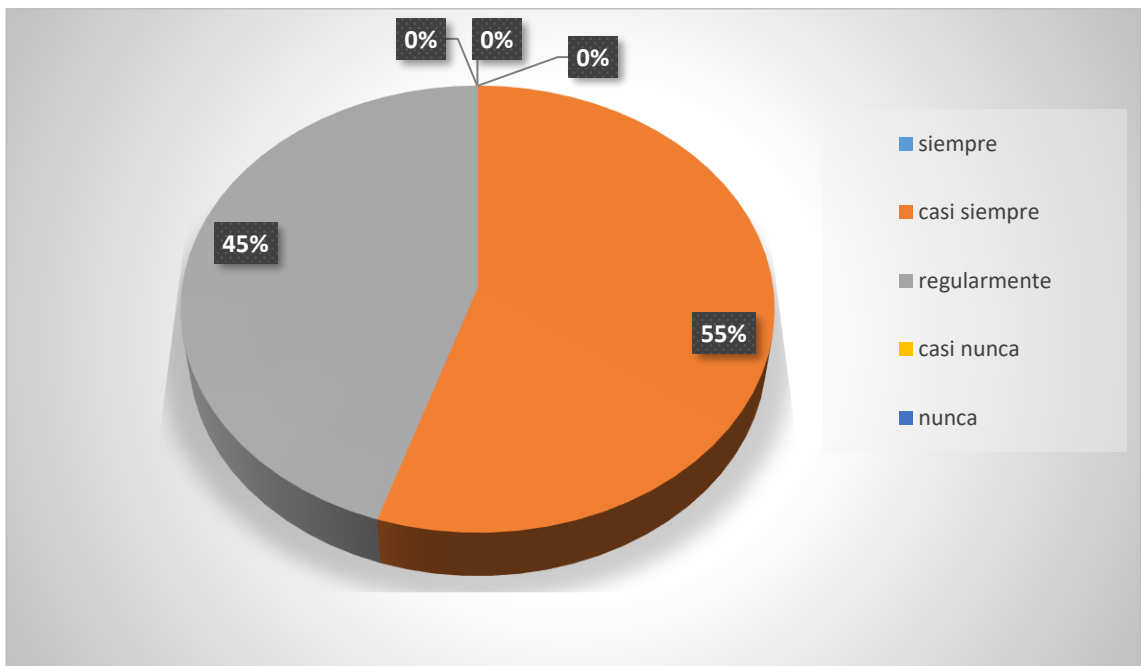
Dimensiones: causas de retiros voluntarios

Indicador: demora en el servicio

Ítems: 5

Tabla 8: lentitud en el servicio ofrecido

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	5	55%
Regularmente	4	45%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las entidades prestadora de salud el 45% consideran que regularmente se encuentra demoras en el servicio a la hora de la atención de la población indígena en el distrito especial y turístico de Riohacha, mientras que el 55% manifiesta que casi siempre se encuentran demoras en el servicio a la hora de la atención, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

6. Variable: retiros voluntarios

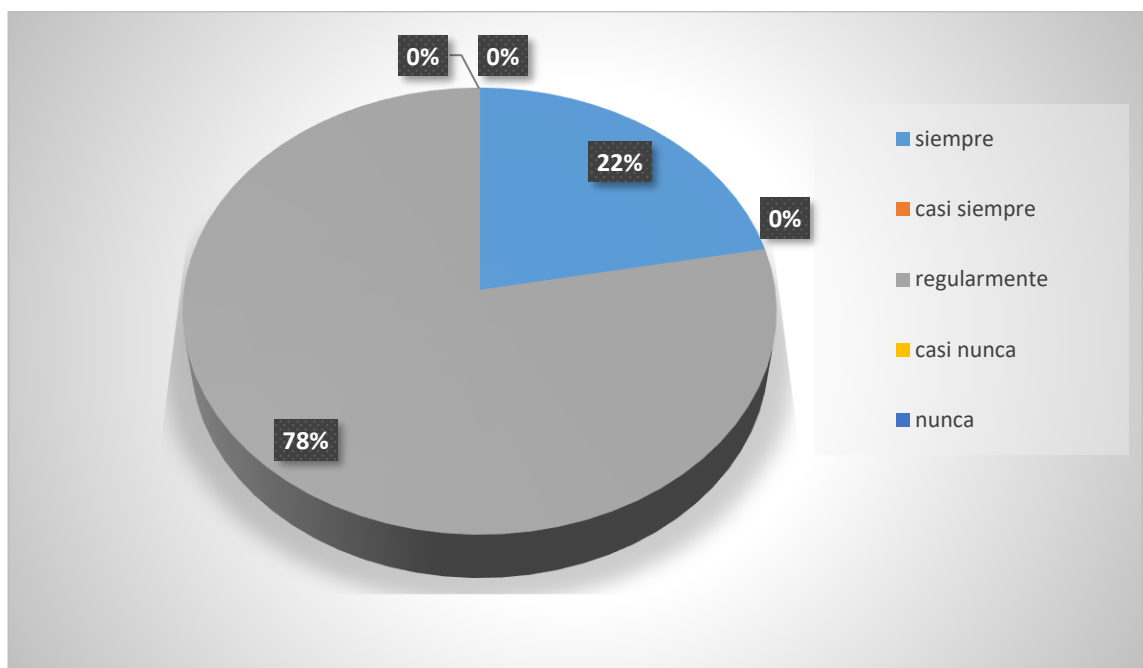
Dimensiones: causas de retiros voluntarios

Indicador: salas de espera

Ítems: 6

Tabla 9: salas de esperas

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	2	22%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	7	78%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes de las entidades prestadora de salud (EPS) el 78% consideran que la sala de espera regularmente se encuentra amobladas a la hora de atención al servicio, el otro 22% manifiesta que la sala de espera siempre se encuentra amobladas a la hora de atención, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

7. Variable: retiros voluntarios

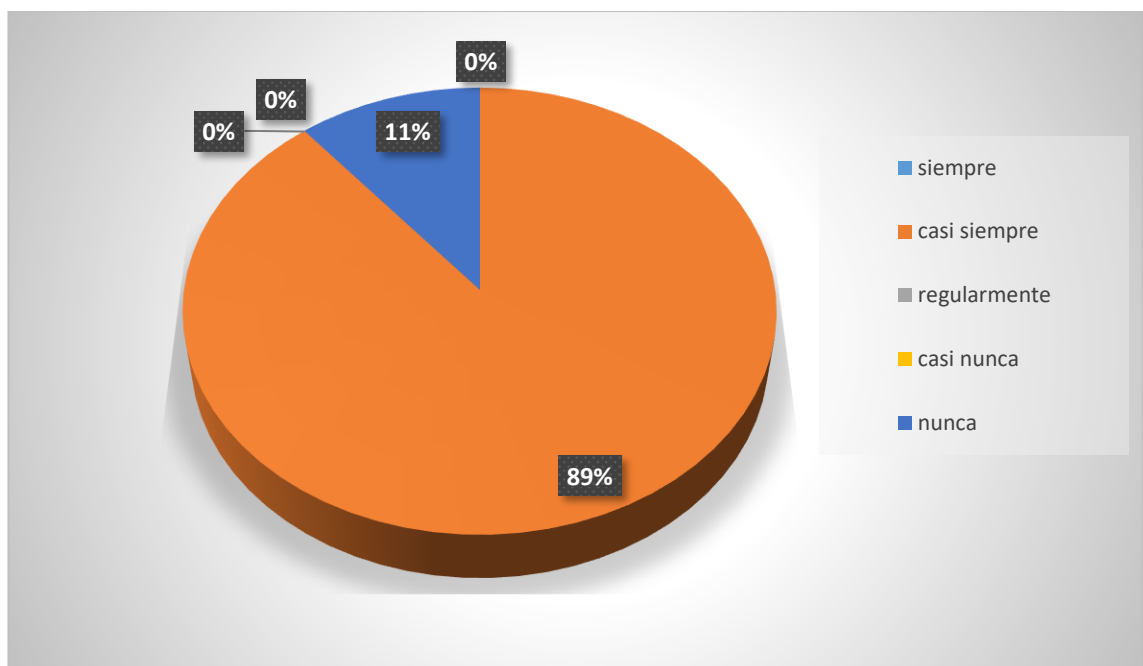
Dimensiones: causas de retiros voluntarios

Indicador: mal servicio al usuario

Ítems: 7

Tabla 10: ineficiencia del servicio

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	8	89%
Regularmente	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	1	11%
TOTAL	9	100%



De los gerentes encuestado de las entidades prestadora de salud en lo que demuestra la gráfica el 89% considera que casi siempre tiene mal servicio a la hora de la atención al usuario indígena ya sea por su dialecto u otros factores, mientras que el 11% manifiesta que nunca tiene mal servicio a la hora de brindar la atención al usuario indígena en el distrito especial y turístico de Riohacha, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

8. Variable: retiros voluntarios

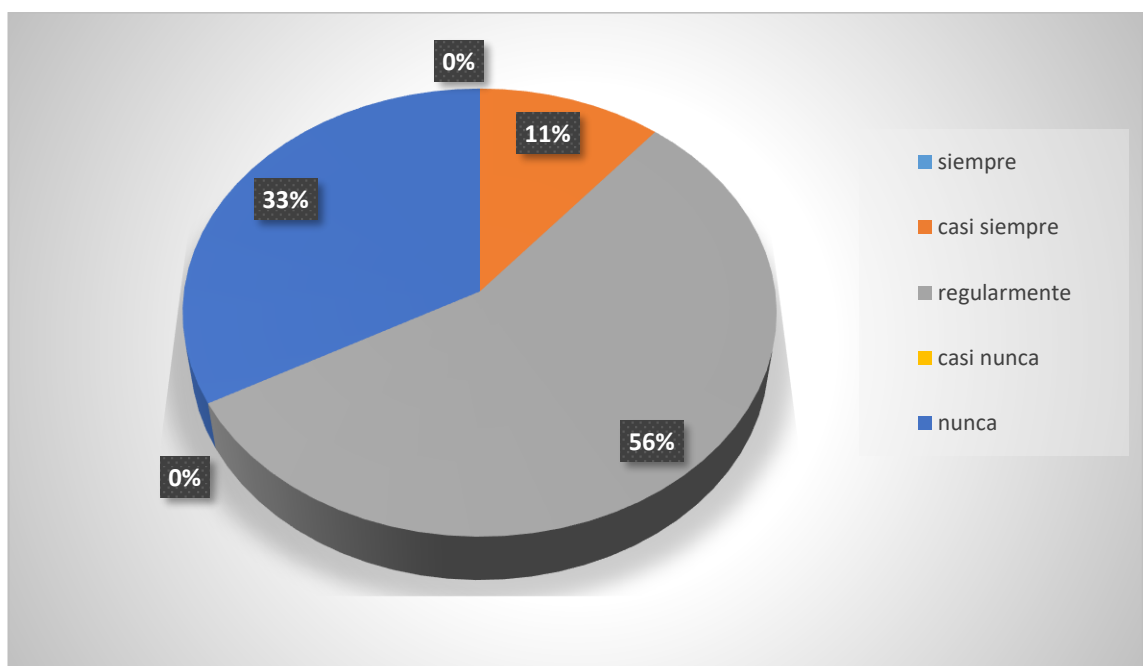
Dimensiones: causas de retiros voluntarios

Indicador: información medica

Ítems: 8

Tabla 11: información medica

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	1	11%
Regularmente	5	56%
Casi nunca	0	0%
Nunca	3	33%
TOTAL	9	100%



De los gerentes encuestado de las entidades prestadora de salud en lo que demuestra la gráfica el 56% manifiesta que regularmente la información médica esta adecuada al tiempo de espera del paciente, mientras que el 33% manifiesta que nunca la información médica esta adecuada al tiempo de espera, por otro lado, el 11% manifiesta que casi siempre la información médica esta adecuada al tiempo de espera. siendo así, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

9. Variable: retiros voluntarios

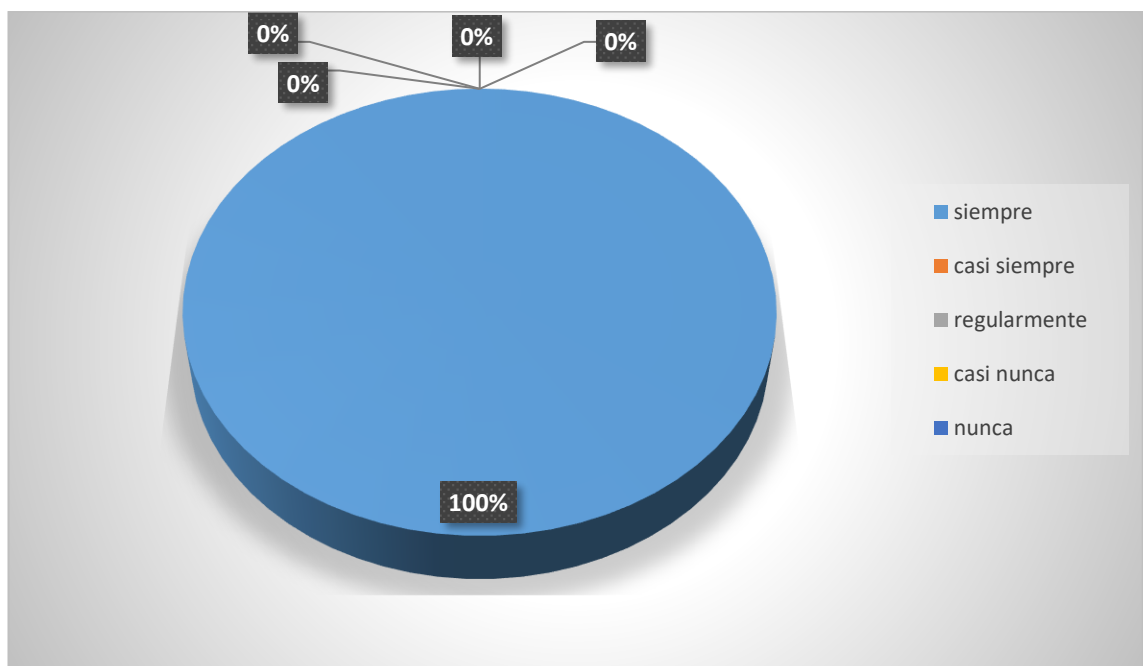
Dimensiones: características demográficas

Indicador: edad

Ítems: 9

Tabla 12: rango de edad poblacional wayuu

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	9	100%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las entidades prestadora de salud (EPS) con el 100% consideran que siempre tienen el conocimiento de la población indígena que visita la atención médica ya sea menores, mayores o la tercera edad, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

10.Variable: retiros voluntarios

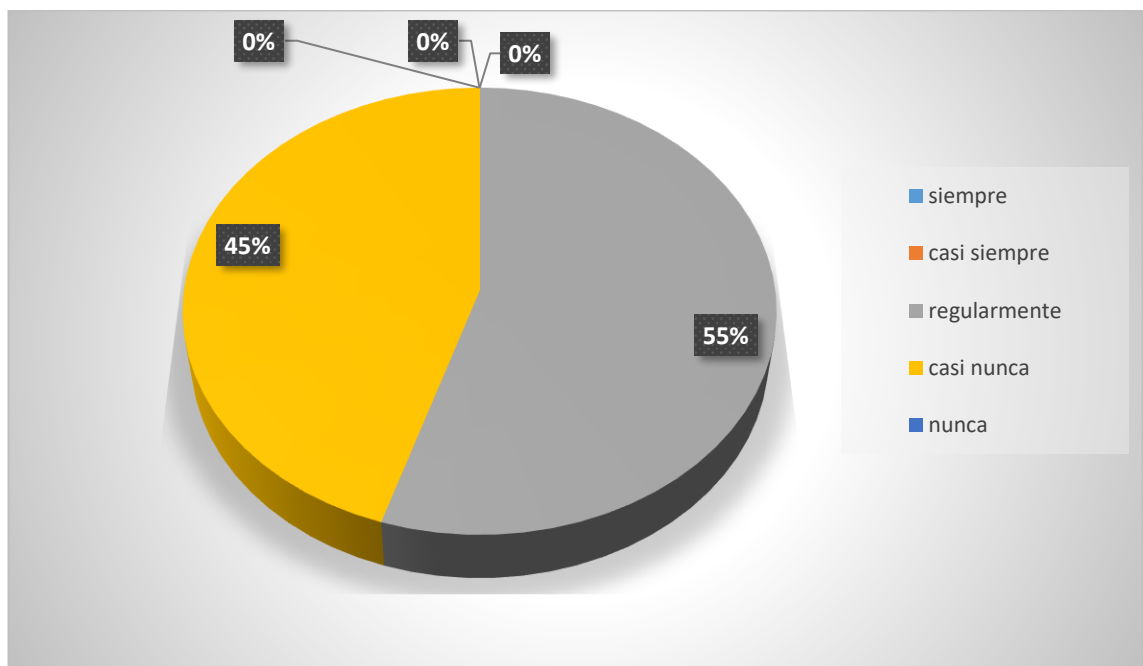
Dimensiones: características demográficas

Indicador: ingreso

Ítems: 10

Tabla 13: caracterización de ingreso

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	5	55%
Casi nunca	4	45%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las entidades prestadora de salud(EPS), el 45% consideran que casi nunca conocen el ingreso de las personas indígena que frecuentemente acuden en estas instituciones, mientras que el otro 55% regularmente tienen información sobre la comunidad indígena wayuu y su índice de ingreso, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

11.Variable: retiros voluntarios

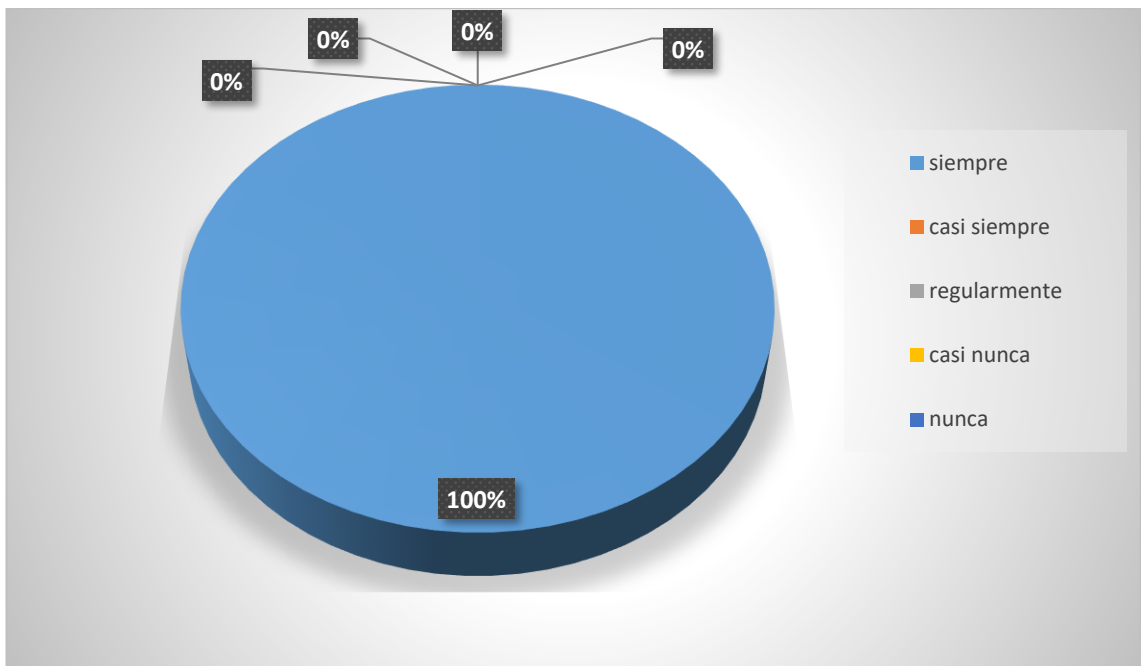
Dimensiones: características demográficas

Indicador: sexo

Ítems: 11

Tabla 14: rango de sexo poblacional

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	9	100%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las entidades prestadora de salud, el 100% consideran que siempre los mayores sexos que visita la atención medica están en hombres y mujeres, las demás alternativas no obtuvieron resultados

12. Variable: retiros voluntarios

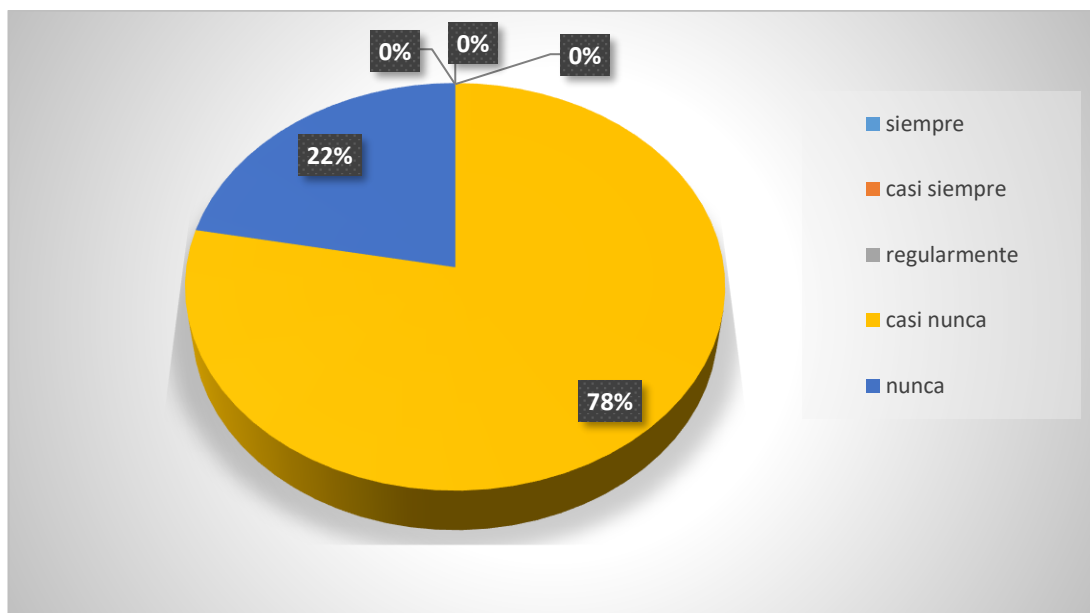
Dimensiones: características demográficas

Indicador: grado de escolaridad

Ítems: 12

Tabla 15: grado de escolaridad

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	0	0%
Casi nunca	7	78%
Nunca	2	22%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las EPS, el 78% consideran que casi nunca cae en cuenta si los indígenas wayuu se encuentran con un buen grado de escolaridad, por otro lado, el 22% considera que siempre cae en cuenta de una información tan importante como lo es el grado de escolaridad de nuestros indígenas wayuu en el distrito especial y turístico de Riohacha, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

13. Variable: retiros voluntarios

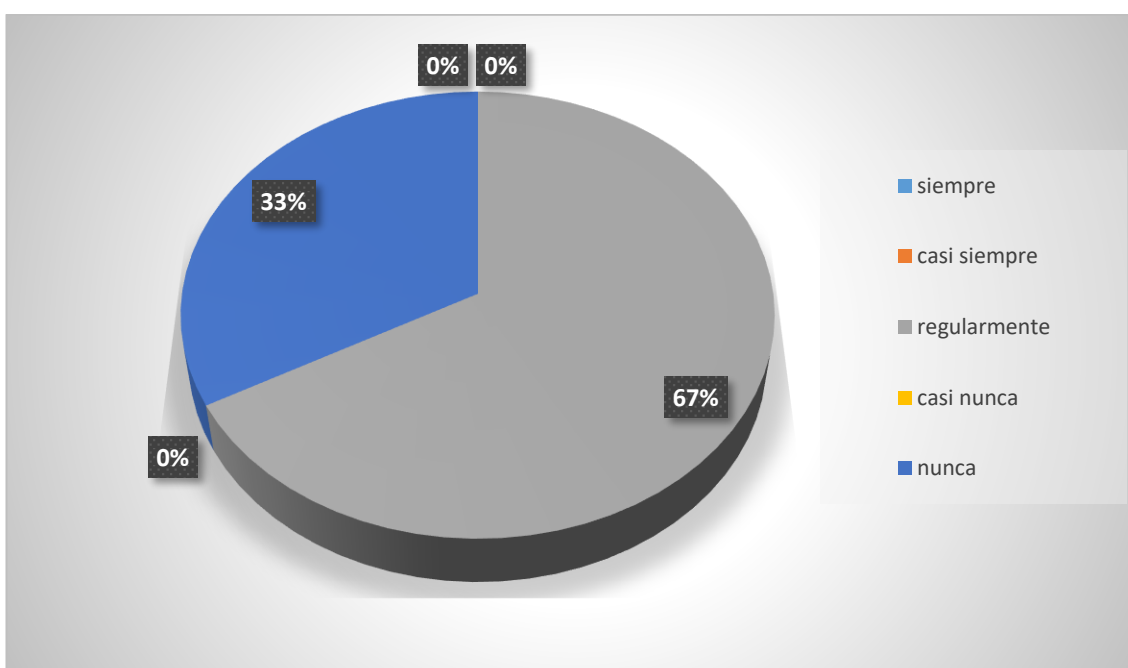
Dimensiones: calidad del servicio

Indicador: momentos crítico de verdad

Ítems: 13

Tabla 16: momentos críticos de verdad

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	6	67%
Casi nunca	0	0%
Nunca	3	33%
TOTAL	9	100%



Con base a los resultados obtenidos por medio de las encuestas aplicadas a los gerentes y representantes legales de las EPS, el 67% consideran que regularmente cree encontrar momentos críticos de verdad, por otro lado, el 33% considera que siempre cree encontrar momentos críticos, las demás alternativas no obtuvieron resultados.

14. Variable: retiros voluntarios

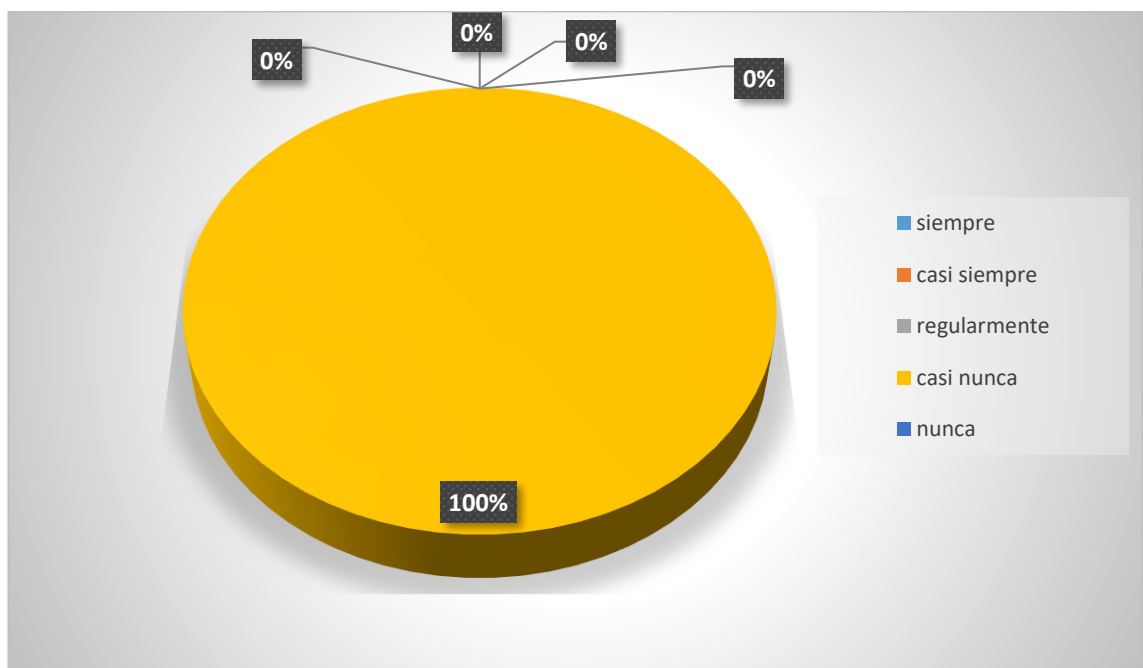
Dimensiones: calidad del servicio

Indicador: momentos exitosos de verdad

Ítems: 14

Tabla 17: momentos exitosos de verdad

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	0	0%
Casi nunca	9	100%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



De los gerentes que se sometieron a las encuestas, al preguntarle si a la hora de la calidad del servicio la entidad prestadora de salud cree encontrar momentos exitosos de verdad, el 100% manifiesta que casi nunca, las demás alternativas no se obtuvieron resultados.

15.Variable: retiros voluntarios

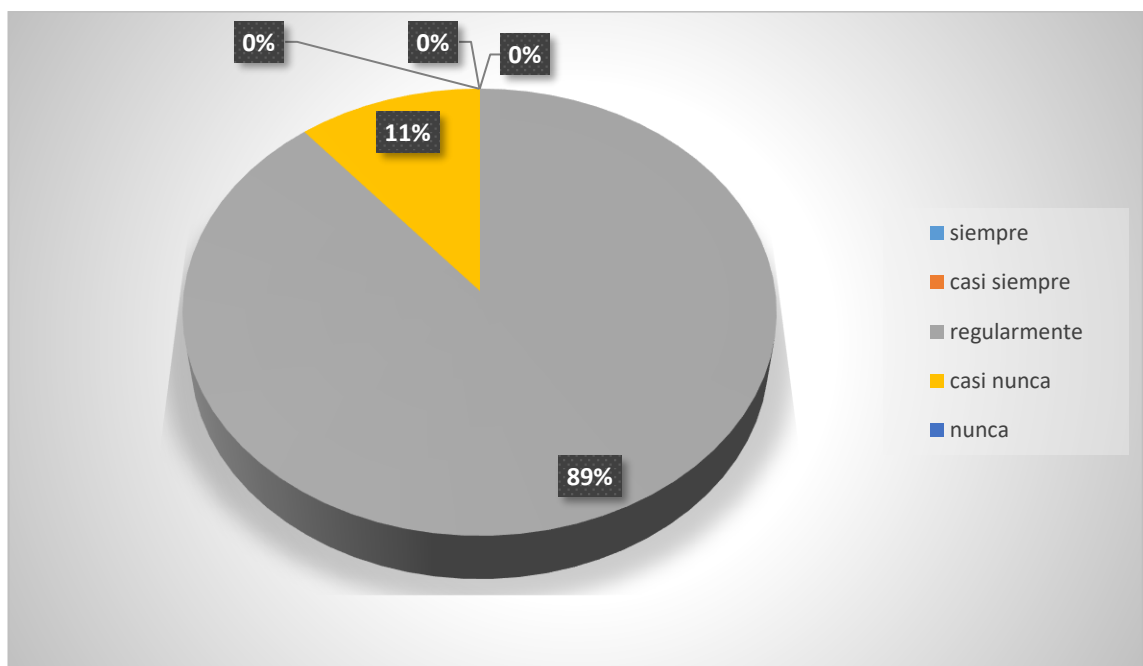
Dimensiones: calidad del servicio

Indicador: calificación en el servicio

Ítems: 15

Tabla 18: calificación del servicio

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	8	89%
Casi nunca	1	11%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



De los gerentes que se sometieron a las encuestas, al preguntarle si la población indígena le otorga una buena calificación a atención al servicio, el 89% manifiesta que regularmente, por otro lado, el 11% manifiesta que casi nunca la población indígena otorga una buena calificación al servicio, las demás alternativas no se obtuvieron resultados.

16.Variable: retiros voluntarios

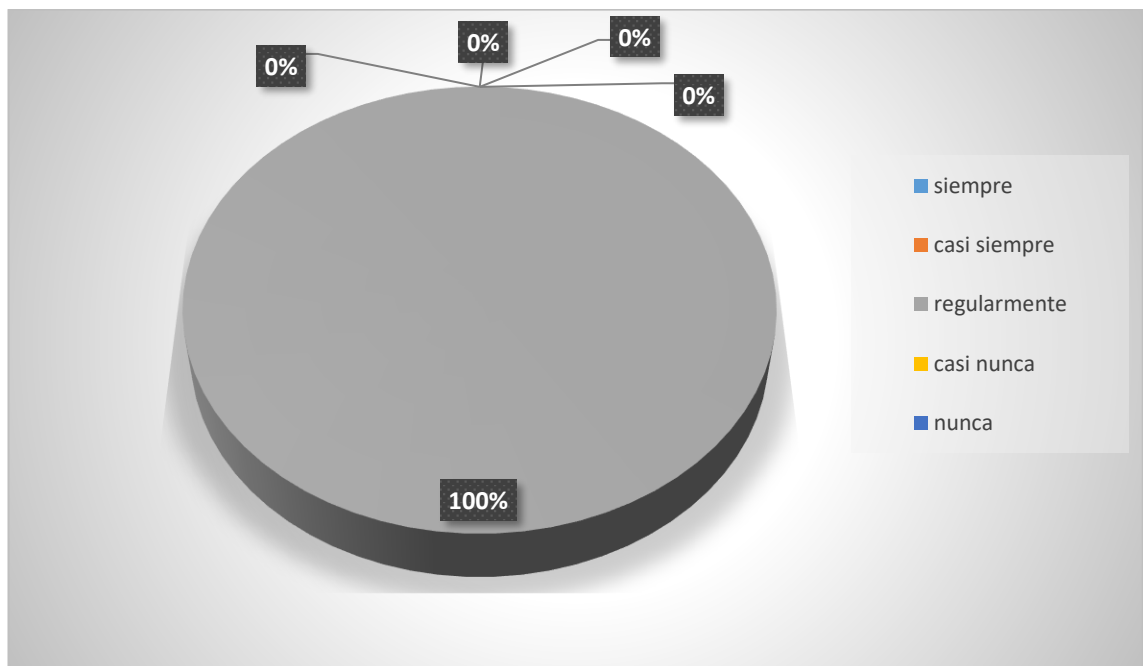
Dimensiones: calidad del servicio

Indicador: percepción del servicio

Ítems: 16

Tabla 19: percepción del servicio

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Siempre	0	0%
Casi siempre	0	0%
Regularmente	9	100%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	9	100%



creo usted como gerente de las entidades prestadora de salud que los indígenas que reciben los servicios tienen buena percepción de ustedes como entidad en servicio de salud, el 100% manifiesta que regularmente, las demás alternativas no obtuvieron resultados

CONCLUSIONES

Una vez finalizados los procesos de recolección y análisis de la información, así como también la interpretación y discusión de los resultados obtenidos, tomando en consideración los objetivos propuestos en el mismo, se procedió a formular las conclusiones que ayudaron a dar respuesta a la interrogante suscitada en la investigación, orientada a conocer la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha.

En relación al primer objetivo específico, Conocer el número de casos de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización, presentados en el distrito especial y turístico de Riohacha en el año 2019. los niveles de confianza manifestados por los usuarios son óptimos cumpliéndose de este modo la promesa del servicio de manera precisa, la empatía que se genera entre los empleados de la entidad prestadora de salud y los usuarios, hacen que estos se sientan identificados manteniendo grado de compromiso y se garantice la buena prestación de los servicios ofrecidos teniendo en cuenta las razones en el año 2019 por la cual los numero de casos según el DANE 2019 y ministerio de salud fue aproximadamente 4.000 habitantes de la comunidad indígenas wayuu que hoy en día la tasa de retiros voluntarios ha disminuido con un gran rasgo de eficacia.

En cuanto al segundo objetivo específico, Identificar la causa principal de retiros voluntarios de los indígenas wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha, todos los procedimientos que conducen a la prestación de un buen servicio, propicia en los usuarios el ser bien recibido para hacer agradable su visita, atendiendo de manera cordial cada una de sus necesidades. Sin embargo, existen dificultades en cuanto a la comprensión de las necesidades de los usuarios no dando cierto grado de importancia a los mismos.

Con respecto al objetivo específico tres: Describir las características demográficas de los indígenas wayuu en el distrito especial y turístico de

Riohacha. Teniendo en cuenta que las diversas comunidad indígenas se encuentran en espacios rurales donde es difícil el acceso al transporte y a una buena calidad de vida, más sin embargo, la retribución económica recibida no les permite mejorar su calidad de vida, las entidades prestadoras de salud no tiene un sistema de motivación que les permita a sus paciente superar el desempeño actual, regularmente no se preocupa por el desarrollo profesional de sus miembros y no reciben capacitación constante para mejorar sus funciones y adquirir nuevos conocimientos en patrocinio por la institución.

En cuanto al resultado del objetivo específico cuatro: Evaluar la calidad del servicio prestado a los indígenas wayuu del distrito especial y turístico de Riohacha, las entidades prestadora de salud ofrece a sus usuarios el servicios deseado por estos, logrando cumplir sus necesidades, no existiendo influencias de terceros para generar buenas expectativas del servicio adecuado, consideran que el servicio ofrecido es aceptable, brindando calidad en la prestación, permitiendo que los usuarios emitan juicios de valor a favor de la institución, generando una percepción positiva por parte de los clientes externos en relación a los servicios ofrecidos.

Sin embargo a pesar de que la calidad del servicio en algunas ocasiones sea excelente hay otras que son precarias y que en ocasiones se presentan dificultad para brindar el servicio a la población indígena wayuu que hoy en día su comunidad o población se está disminuyendo por el difícil acceso a un buen servicio de salud, educación, vivienda e incluso muchos de los impactos son generados a los niños wayuu que normalmente son los que hasta el día de hoy están falleciendo por enfermedades que deben ser tratada por un especialista.

Concluyendo de esta manera las entidades prestadoras de salud (EPS) en su gran mayoría brinda un servicio de calidad, pero le falta entes reguladores que le permitan pulir aquellas falencias para que más personas puedan acceder a este beneficio aún más que todo nuestra población indígena.

RECOMENDACIONES

Tomando en consideración los objetivos propuestos en el mismo, se procedió a generar las recomendaciones que ayudaron a dar respuesta a la interrogante levantada en la investigación, orientada a a conocer la incidencia de los retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización en el distrito especial y turístico de Riohacha.

En relación al objetivo específico, conocer el número de casos de retiros voluntarios de la población indígena wayuu del servicio de hospitalización, presentados en el distrito especial y turístico de Riohacha en el año 2019, se recomienda trabajar en estrategias enfocadas a mejorar la capacidad de respuesta a los usuarios y ofrecer un servicio al cliente de forma eficaz, permitiendo deleitar a estos con una experiencia excepcional y; al mismo tiempo, hacerlo en el menor tiempo posible, facilitando el adiestramiento en cuanto a la respuesta del servicio, evitando demoras y complicaciones.

Con respecto al objetivo específico Describir las características demográficas de los indígenas wayuu en el distrito especial y turístico de Riohacha, implementar políticas de desarrollo de personal para los miembros de las entidades prestadora de salud, dándole acceso a la comunidad indígena y facilidad de transporte al igual se necesita que los entes gubernamentales brinden la ayuda necesaria a esta comunidad.

En cuanto al objetivo específico: Evaluar la calidad del servicio prestado a los indígenas wayuu del distrito especial y turístico de Riohacha, se recomienda seguir enfocando sus esfuerzos en la prestación del servicio, para que las expectativas de los usuarios vayan acorde al servicio que desean, se les siga brindando servicios de calidad y generando percepciones positivas y emitiendo juicios de valor a favor de las entidades prestadora de salud (EPS).

Mayor apoyo de los entes gubernamentales a la comunidad indígenas para que se puedan desarrollar personal, económica y socialmente. De tal forma, que se brinde mayor participación de las comunidades al momento de planificar el departamento en lo relacionado con sector de salud.

ANEXOS

ANEXO A.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA Y DESCRIPCIÓN DE LA ZONA.

Área de estudio: DISTRITO ESPECIAL Y TURISTICO DE RIOHACHA



ANEXO B. ENTREVISTA

VARIABLE: retiros voluntarios

AFIRMACIONES		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	REGULARMENTE	CASI NUNCA	NUNCA
DIMENSIÓN: retiros voluntarios						
	INDICADOR: infraestructura					
1	usted como gerente de empresa en servicios de salud, tiene conocimiento sobre la falta de mejoría en infraestructura en el distrito especial, turístico y cultural de Riohacha.					
	INDICADOR: atención					
2	usted como gerente de empresa en servicio de salud, cree satisfacer las necesidades de atención al cliente en el paciente indígena.					
	INDICADOR: orientación					
3	usted como gerente de empresa en servicio de salud, cree que cuenta con buena información para la orientación de la población indígena en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.					
	INDICADOR: talento humano					
4	Usted como gerente de empresas en servicio de salud, cree que cuenta con un equipo de talento humano especializado para la buena atención de la población indígena en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.					
DIMENSIÓN: causas de retiros voluntarios						
	INDICADOR: demora en el servicio					
5	Usted como gerente de empresas en servicio de salud, cree que se					

	encuentra demoras en el servicio a la hora de la atención de la población indígena en el en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.					
	INDICADOR: salas de esperas					
6	Usted como gerente de empresas en servicios de salud, cree que la sala de espera se encuentra amobladas a la hora de la atención al servicio en el en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.					
	INDICADOR: mal servicio al usuario					
7	usted como gerente de empresas en servicio de salud, considera que tiene mal servicio a la hora de la atención al usuario indígena en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.					
	INDICADOR: información medica					
8	Usted como gerente de empresa en servicio de salud, cree que la información médica esta adecuada al tiempo de espera en en el distrito Especial, Turístico y Cultural de Riohacha.					
DIMENSIÓN: característica demográfica						
	INDICADOR: edad					
9	usted como gerente de empresas en servicio de salud, cree conocer el rango de edad de la población indígena que visita la atención médica frecuentemente ya sea menores, mayores o la tercera edad.					
	INDICADOR: ingreso					
10	usted como gerente de empresas en servicio de salud, cree que los indígenas que acuden en estas instituciones se					

	encuentran con un buen ingreso económico.					
	INDICADOR: sexo					
11	Usted como gerente de empresa en servicio de salud, cree que los mayores sexos que visita la atención medica están en hombres o mujeres.					
	INDICADOR: grado de escolaridad					
12	usted como gerente de empresa de servicio de salud , en la hora de atención medica de los indígenas wayuu cae en cuenta si se encuentran con buen grado de escolaridad.					

DIMENSIÓN: calidad del servicios						
	INDICADOR: momentos críticos de verdad					
13	A la hora de la calidad del servicio usted como gerente de empresas de servicio en salud cree encontrar momentos críticos de verdad.					
	INDICADOR: momentos exitoso de verdad					
14	A la hora de la calidad del servicio como gerente de empresas de servicio en salud cree encontrar momentos exitoso de verdad.					
	INDICADOR: calificación en el servicio					
15	Usted como gerente de empresa de servicio de salud, cree que la población indígena les otorga una buena calificación a la atención al servicio.					
	INDICADOR: percepción del servicio					
16	Cree usted como gerente de empresas de servicio en salud, que los indígenas que reciben los servicios tienen buena percepción de ustedes como entidad prestadora de salud.					

BIBLIOGRAFIA

- Schiffman, L. y Lazar, K. (2014). Comportamiento del consumidor. 10ª. ed. Madrid, España. Editorial Prentice Hall.
- Stanton, W. y Etzel, M. (2007). Fundamentos de marketing. 14ª. ed. D.F. México. Editorial Mc Graw-Hill interamericana.
- Sabino, C. (2012), El proceso de investigación. 5ta edición. Buenos Aires. Argentina. Editorial Panamericana.
- Serna, H. (2010). Gerencia estratégica. teoría, metodología, alineamiento, implementación y mapas estratégicos. 10ª. ed. Bogotá. Colombia.
- Tamayo y Tamayo ed. 6a (2011). El proceso de investigación. D.F. México. Editorial Limusa.
- Tonato, M. (2017), La calidad del servicio público en el Ecuador: caso centro de atención universal del IESS del distrito metropolitano de Quito. Ecuador.
- Toniut, R. (2016), La medición de la satisfacción del cliente en supermercados de la Ciudad de Mar de Plata, Argentina.
- Zeithaml, V. (2014). Calidad total en la gestión de servicios. Barcelona, España. Editorial: Díaz de Santos.
- Infante, M. (2017). Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. Rev. Perú Med Integrativa.2017;2(2):133-9. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876793/calidad-de-atencion-y-grado-de-satisfaccion-de-los-usuarios-de-_e4Vf9y6.pdf
- Rivera, J. Arellano, R. y Molero, V. (2013). Conducta del consumidor. 3ª. ed. Madrid, España. Editorial ES

