



**EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN CUANTO A LA CALIDAD  
BRINDADA EN LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN  
CLÍNICA DE CUARTO NIVEL EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ENTRE EL  
01 DE FEBRERO Y 30 DE JUNIO DEL 2020.**

**INTEGRANTES**

CARLOS CÁCERES PÉREZ

JAREISY M. PACHECO SIERRA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN MEDICINA INTERNA

BARRANQUILLA (ATL), COLOMBIA

2020

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN CUANTO A LA CALIDAD  
BRINDADA EN LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN  
CLÍNICA DE CUARTO NIVEL EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ENTRE EL  
01 DE FEBRERO Y 30 DE JUNIO DEL 2020.**

**INTEGRANTES**

CARLOS CÁCERES PÉREZ  
JAREISY M. PACHECO SIERRA

Proyecto Final de Investigación en la Especialidad Médica:  
**Medicina Interna**

Tutor Disciplinar: Andrés Cadena B.

Tutor Metodológico: Andrés Cadena B .

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN MEDICINA INTERNA  
BARRANQUILLA (ATL), COLOMBIA  
2020

## **DEDICATORIA**

A nuestros profesores, por el tiempo brindado durante el transcurso de estos años de especialidad, transmitiendo sus conocimientos hacia nosotros y por su cometido y aptitudes para desempeñarse como rol fundamental en la formación integral profesional; a nuestros compañeros de aula y a nosotros mismos, quienes somos los más interesados en sacar adelante este proyecto como pieza imprescindible en una formación integral.

Por último a nuestros padres, ejemplos de esfuerzo, templanza e inspiración para nosotros; por sus sacrificios, esfuerzo y amor incondicional. Por su confianza en nosotros, sin cuyo apoyo no hubiera sido posible llegar a este momento.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a la Universidad Simón Bolívar, por habernos permitido formarnos en la especialidad de medicina interna y cumplir a cabalidad con estándares de calidad para nuestra formación en posgrado, gracias también a todas las personas que fueron participe en este proceso, a nuestro director de programa y tutor de proyecto investigativo Dr. Andrés Cadena Bonfatti. ya que su esfuerzo hoy día se ve reflejado en la culminación de un proceso de formación exhaustivo, a nuestros padres como gestores y promotores durante este proceso.

Agradecemos a cada una de las personas que de alguna manera permitieron la construcción de cimientos sólidos en nuestra formación como especialistas de orgullo para la región caribe y de nuestro país .

## CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>3. OBJETIVOS:.....</b>	<b>11</b>
3.1 General.....	11
3.2 Específicos .....	11
<b>4. METODOLOGÍA: .....</b>	<b>12</b>
4.1 Tipo de Estudio.....	12
4.2 Área de Estudio .....	12
4.3 Muestra.....	12
4.4 Tipo de muestreo.....	12
4.5 Fase de Campo .....	13
4.6 Fase de Análisis de Datos .....	14
<b>5. RESULTADOS/PRODUCTOS:.....</b>	<b>15</b>
5.1 IMPACTO ESPERADO:.....	16
<b>6. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>17</b>
<b>7. MARCO TEORICO.....</b>	<b>20</b>
7.1 CALIDAD ASISTENCIAL .....	20
7.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....	25
7.3 HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN .....	28
7.3.1 Ciclo PDCA.....	28
7.3.2 Herramientas para Identificación de Problemas.....	28
7.3.3 Herramientas para el análisis causal.....	29
<b>8. RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>9. DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>10. CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>11. REFERENCIAS.....</b>	<b>47</b>

## RESUMEN

La calidad en la atención en salud cuenta con diferentes definiciones que implican aspectos físicos, de proceso, de relación (trabajador de la salud/médico-paciente), y de resultados del proceso. En este sentido, la apreciación del paciente es fundamental para conocer el resultado del proceso y por ende de la calidad de la atención percibida, lo cual permite la comparación contra la calidad esperada, favoreciendo esto la definición de acciones que propenden por el mejoramiento continuo de la calidad.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de la atención en salud observada desde la perspectiva de la satisfacción en pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de hospitalización en clínica de cuarto nivel de la ciudad de Barranquilla, en el periodo comprendido entre el 01 de Febrero y 30 de Junio del 2020.

Para lograr dicho objetivo se realizó un estudio descriptivo, transversal, mediante la aplicación de encuestas dirigidas y estructuradas con preguntas cerradas, las cuales se aplicaron previo consentimiento informado de los participantes del estudio, y previo aval de las partes correspondientes tanto de la clínica (Comité de ética médica) como de la universidad.

Se pretende conocer la calidad observada por los pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de hospitalización, lo cual permite a corto, mediano y largo plazo la implementación de acciones encaminadas a mantener y/o mejorar la calidad de la atención. De la misma forma se da a conocer los resultados de una investigación aplicada que con los resultados logrados ayuda a mejorar la atención en salud en la costa caribe

### **Palabras clave:**

Satisfacción, calidad de la atención en salud, evaluación de la calidad, percepción de la calidad.

## INTRODUCCIÓN

En 1993 se creó por medio de la ley 100 el Sistema General de Seguridad Social en Salud o SGSSS, el cual determina la calidad de la atención en salud, como una característica de gran importancia en el desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios. Este rige bajo los principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios. Desde entonces se trata en Colombia el tema de la calidad en salud, como un objetivo en común para todo aquel ente que intervenga en los procesos de prestación de servicios. (1) Gneco 2006, Donabedian 1992, refieren que la satisfacción de los usuarios de este sector, pueden ser visto como un objetivo por sí solos, (2) por lo que debe representar una preocupación constante para el mismo.

La valoración que el paciente le da al servicio recibido, no solo depende de los factores médicos, como la capacidad resolutive, la oferta de servicios, y la técnica de los profesionales, sino que tiene en cuenta además aspectos no médicos asociados a la atención. (2) El nivel de satisfacción puede evaluar entonces la calidad obtenida por la prestación de servicios de un hospital, Fitzpatrick refiere dentro de sus postulados tres grandes principios por los cuales es importante que los médicos evalúen la satisfacción de los pacientes; en primer lugar porque la satisfacción sirve fundamentalmente para predecir la posibilidad de adherencia al tratamiento y continuidad de la relación médico –paciente; en segundo lugar a que permite evaluar la comunicación dentro de esta relación por lo que finalmente puede ayudar a la planeación de los servicios sanitarios en general, lo que representaría pautas importantes a tener en cuenta en los procesos de mejoramiento continuo.

(3) Gracias a procesos estandarizados para la medición de la calidad de los servicios de salud, se pueden identificar indicadores de calidad que abarcan aspectos relacionados no solo con el recurso humano y la capacidad del mismo, sino también con recursos físicos, y la adecuada implementación de Este trabajo busca con ayuda de la herramienta previamente descrita identificar el grado de satisfacción en la atención en salud de los usuarios del servicio de hospitalización en clinica de cuarto nivel de atención en la ciudad de barranquilla, de manera que se organizó el presente trabajo, identificando fortalezas y falencias que sirven como puente para la producción de planes de mejoramiento continuo y que en un futuro permita a esta institución u otros investigadores el desarrollo de estrategias que mejoren la calidad de estos servicios.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Arredondo (1996), el resultado final de la atención sanitaria es el efecto sobre la cantidad y calidad de vida: es decir, sobre el bienestar sumado a la satisfacción del paciente (1). En este sentido, evaluar la calidad de la atención en salud, es una de las formas de percibir la iniciativa del estado sobre la necesidad de garantizar una mejora en esta área, a partir de un enfoque sistémico e integral de la misma, con visión integral y continua (2). Ahora bien ¿Qué es la calidad?; Comúnmente se menciona el concepto de Avedis Donabedian (3), pero este depende siempre del contexto, de quien la defina (4), así como también de la infraestructura del sistema de salud, de los recursos, de su uso, de su gestión, de la producción de los servicios, y de la organización del sistema de prestación de servicios (2). Por otra parte, depende del enfoque del concepto, es decir si la define el paciente, quien presta el servicio o la sociedad (5), o la que comprende de forma conjunta en el escenario médico-paciente lo técnico, lo relacional y el entorno (3).

Dado lo anterior, el concepto de calidad puede definirse desde la perspectiva y conjunto de los siguientes términos; eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad, pertinencia, competencia profesional, accesibilidad, satisfacción del usuario, continuidad, seguridad, comodidad, calidad técnico-científica, y coordinación (3). Así como también puede abarcar términos más subjetivos como: desempeño técnico, relaciones interpersonales, amenidades, acceso, preferencias del paciente, eficiencia y costo-efectividad desde la visión de los actores del sistema (pacientes, proveedores de servicios y pagadores) (6).

Atendiendo a los diferentes conceptos, los elementos que definen la calidad de la atención pueden ser tomados de diferente forma, por los actores de la atención en el escenario en el que esta se efectúa, y definirla mediante la percepción de la calidad por parte de quien recibe la atención, es decir el usuario. Con respecto a lo anterior, la satisfacción del usuario sobre la calidad de la atención se puede enfocar en tres aspectos: el proceso, el escenario y el resultado de la atención, logrando así una aproximación a la calidad percibida para poder compararla con la calidad esperada, herramienta fundamental para el mejoramiento de la calidad.

De acuerdo con lo anterior, se realizó un estudio descriptivo transversal en una Clínica de cuarto nivel en el servicio de hospitalización, en el periodo comprendido entre el 01 de febrero y 30 de junio del 2020, evaluando el grado de satisfacción en la atención de salud por parte del usuario en esta institución, describiendo los aspectos de calidad experimentados por ellos durante su estadía en las instalaciones.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La definición de calidad cuenta con elementos que le proporcionan su valor y permiten observarla desde diferentes ángulos. Sin embargo, el protagonista principal de la atención es el usuario, por lo que en él recae la importancia de la medida de la satisfacción por la calidad percibida.

La calidad en la atención en salud depende de elementos tangibles e intangibles; entre los elementos tangibles se pueden contar los escenarios en los que se presta la atención, equipos médicos, mobiliario, recursos financieros, etc. Y entre los elementos Intangibles se encuentran las actividades de la atención, habilidades del personal sanitario y administrativo, actitudes del personal, experticia en la atención, destrezas procedimentales y técnicas entre otros (7).

Como clientes, los pacientes son la única fuente de información sobre la forma y el servicio con que fueron atendidos, si recibieron un trato digno y respetuoso, o si por el contrario, la atención recibida fue deficiente. Sus experiencias pueden ofrecer percepciones importantes sobre los tipos de cambios y mejoras que se necesitan para cerrar la brecha entre la atención brindada y la que se debe proporcionar. El paciente percibe la calidad a través de la accesibilidad y la asequibilidad de la atención médica, la pronta entrega de sus medicamentos, el diagnóstico y el tratamiento temprano, además del trato empático, respeto y preocupación que recibe por parte del personal sanitario.

Con el fin de vigilar la calidad de la atención, es necesario medir la calidad de los servicios prestados con respecto a normas o estándares de desempeño predeterminados, lo cual es posible si los métodos o herramientas apropiados están disponibles y son utilizados por la administración del hospital en su búsqueda de la calidad y mejora continua. Por tal razón, y reiterando que la satisfacción del cliente es el parámetro más importante para juzgar la calidad del servicio prestado, la prestación de servicios de salud debe garantizar la seguridad como máxima prioridad a los pacientes, ya que en la mayoría de los casos, el problema que percibe el cliente está en los sistemas, la comunicación y los procesos.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de interés para la literatura conocer cuál es la percepción de los pacientes y/o familiares por la calidad de la atención recibida; para así, tomar las medidas necesarias dentro del servicio de hospitalización de la clínica de cuarto nivel, que conlleven a la mejora o al cambio de ser el caso. En términos generales, ello significa proveer el cuidado que el paciente necesita cuando lo requiera, con el mejor trato posible y de una manera asequible, segura y

efectiva. Involucrando al paciente, para que éste asuma la responsabilidad del cuidado preventivo y el tratamiento de las condiciones diagnosticadas.

El presente trabajo ayuda a demostrar que la calidad en el contexto de la atención médica requiere de colaboración, la cual involucra al paciente, al médico, a la familia del paciente y a la institución, de forma conjunta, así como también permitirá la definición de acciones para mejorar o modificar el nivel de la calidad observada sobre la calidad esperada en la IPS; favorecer el mejoramiento de la percepción de la calidad de la atención en salud en los usuarios de la IPS, así como también el posicionamiento de la IPS en la región por la calidad en la atención, y finalmente beneficiará a la razón del sistema de salud: los pacientes.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1 General**

Describir la satisfacción de la calidad percibida por los pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de hospitalización de Clínica de cuarto nivel de la ciudad de Barranquilla en el periodo comprendido entre el 01 de Febrero y 30 de Junio del 2020.

#### **3.2 Específicos**

- Determinar el perfil sociodemográfico de los individuos participantes en el estudio.
- Identificar la calidad observada y percibida por los pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de hospitalización de la clínica de cuarto nivel.
- Definir los atributos de calidad observados y percibidos por los pacientes y/o familiares atendidos que permiten definir el grado de satisfacción de la atención en la institución desde su perspectiva.
- Establecer la frecuencia de los atributos de calidad observados y percibidos por los pacientes y/o familiares atendidos en la institución.

## **4. METODOLOGÍA:**

### **4.1 Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo, transversal

### **4.2 Área de Estudio**

Servicio de hospitalización-Medicina Interna

### **4.3 Muestra**

La muestra de pacientes encuestados se determinó teniendo en cuenta la dinámica de la atención de la IPS en los procesos de ingreso, atención y egreso de pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de hospitalización de clínica de cuarto nivel en la ciudad de barranquilla en el periodo comprendido entre el 01 de Febrero y 30 de Junio del 2020.

### **4.4 Tipo de muestreo**

Para hallar el número de pacientes a los cuales encuestar se efectuó muestreo probabilístico aleatorio simple, que da a cada elemento de la población la misma probabilidad de ser seleccionado y estima que todas las medias obtenidas de muestras que se tomen de una población  $X$ , sean consideradas en mayor medida semejantes o exactas a la media de la población total a estudiar. En este caso, se toma como parámetro el promedio de 7058 pacientes/año atendidos entre los años 2010-2019, se utiliza un nivel de confianza de 99% y un error permisible de 0,05.

Lo que arroja una muestra de 76.06 casos, es decir 77 pacientes y/o familiares a encuestar.

Debido a la contingencia ocasionada por la pandemia del Covid-19, la cual repercutió en la dificultad de encuestar al tamaño de muestra seleccionado; se recalcula el tamaño de la muestra con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 13,9%, dando como resultado una muestra de 50 individuos.

Definido por la distribución de Bernoulli y aplicado en este caso de estudio las probabilidades de éxito y fracaso se toman como el nivel máximo, que sería que el 50% de la población esté satisfecha con la atención prestada en la IPS, y el 50% restante de la población no esté satisfecha con los servicios y atención.

$$n \geq Z_{NC}^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Donde,

$n$  = *Tamaño de muestra.*

$Z_{NC}$  = *Nivel de Confianza, Zscore.*

$p$  = *Probabilidad de éxito*

$1 - p$  = *Probabilidad de Fracaso*

$e$  = *Error*

$$n \geq 1,96^2 \frac{0,5(1 - 0,5)}{0,139^2}$$

$$n \geq 49,70 \approx 50$$

Tomado de: [www.Netquest.com](http://www.Netquest.com)

Al realizar este cambio y disminuir la muestra de individuos a encuestar se reduce el intervalo de confianza de los datos tomados, pero no disminuye la confiabilidad de ellos ya que la desviación de los datos presentados en los procesos de atención en la IPS es mínima, y los valores de anova como se verá en el desarrollo del estudio indican que los resultados no son al azar, por el contrario presentan un valor de fiabilidad interna satisfactoria de un 82%; lo que permite tomar este estudio como referencia para comparaciones con otras investigaciones de este tipo.

#### **4.5 Fase de Campo**

La recolección de datos se realiza mediante una encuesta estructurada con preguntas cerradas que son aplicadas en el servicio de hospitalización de la institución, contando con el aval del departamento de investigación de la facultad y del comité de investigación de la institución (comité de ética medica). El estudio se considera sin riesgo, pero implica acceso al paciente, razón por la cual se diligencia consentimiento informado para cada encuesta. La información obtenida en las encuestas se tabula en un archivo de diseño exclusivo para el estudio en el programa Excel ® de Office 2010.

#### **4.6 Fase de Análisis de Datos**

Una vez se cuente con la información tabulada en el archivo de Excel ®, los datos se trasladan al software estadístico STATA 14 en el que se obtendrán los resultados de las variables numéricas continuas mediante frecuencias (absolutas y relativas), y para las variables categóricas mediante medidas de tendencia central y dispersión.

La distribución de las variables se tienen en cuenta para hacer uso de pruebas tales como T de Student y Chi cuadrado para conocer la asociación entre las diferentes variables y la evaluación resultante de la calidad observada con un intervalo de confianza del 95% y un error  $\alpha$  del 0,05 para todas las pruebas.

## 5. RESULTADOS/PRODUCTOS:

Generación de nuevo conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos:

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Determinar el grado de satisfacción de la calidad de la atención en salud en una institución de salud.	Nivel de satisfacción a partir de la percepción de la calidad de la atención en salud.	IPS, trabajadores de la IPS, pacientes, familiares Universidad, Estudiante de Posgrado.

Fortalecimiento de la comunidad científica nacional:

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Estudio sobre percepción de la calidad de la atención en la salud como base para definir el nivel de la calidad observada sobre la calidad esperada.	Documento final de la investigación.	Especialistas en Medicina Interna, especialistas que atienden en la IPS.

Apropiación social del conocimiento:

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Estudio sobre percepción de la calidad de la atención en la salud en una IPS.	Documento final de la investigación, inclusión del artículo del estudio en revista científica.	Todos los interesados en conocer los resultados del estudio.

### **5.1 IMPACTO ESPERADO:**

A través de este estudio y al realizar encuestas de evaluación de los servicios prestados por la IPS en el área de hospitalización, se espera que se tomen medidas para crear acciones que mejoren o modifiquen el nivel de la calidad observada sobre la calidad esperada en la institución. Si los resultados de la evaluación muestran descontento por parte de los pacientes, se espera que se generen y realicen proyectos de mejora en la percepción de la calidad de la atención en salud en los usuarios de la IPS; lo que permitiría aumentar el bienestar de los pacientes.

Este proyecto puede ser tomado también como base de estudio y aplicación para posicionar a la IPS en la región, por su calidad en la atención y los servicios prestados. Además de mantener un espíritu organizacional de mejora continua.

## 6. MARCO CONCEPTUAL

Las siguientes definiciones son tomadas del diccionario de la real academia de la lengua española, de la organización mundial de la salud (OMS) y documentos citados posteriormente.

**Calidad:** Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor (1). La calidad es un concepto complejo y multifacético que requiere de la intervención y estudio de diferentes puntos de vista, el receptor, entorno y emisor del servicio (2).

**Calidad en la Atención sanitaria:** la OMS define calidad como: “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Avedis Donabedian define la calidad en salud como: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” Así también Donabedian propone tres puntos de vista diferentes (3):

**Calidad absoluta:** es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

**Calidad individualizada:** desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

**Calidad social:** desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

**Fiabilidad:** Probabilidad de buen funcionamiento de algo. Probabilidad que un sistema, aparato o dispositivo cumpla una determinada función bajo ciertas condiciones durante un tiempo determinado.

**Hospitalización:** Es el conjunto de intervenciones y procedimientos necesarios para prestar servicios de salud de tipo clínico o quirúrgico dentro del ámbito intrahospitalario y en el que se hace necesario un cuidado permanente y unos recursos especializados para su atención. Con ellos se garantiza el diagnóstico o la terapia propios del ámbito intramural y con la logística inherente a un servicio hotelero.

**Adecuación:** Grado en el que la atención sanitaria prestada es relevante para las necesidades clínicas del paciente.

**Accesibilidad:** Grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para alcanzar las necesidades del paciente. Facilidad con la que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa.

**Eficacia:** Máximo beneficio alcanzable bajo condiciones ideales de actuación.

**Efectividad:** Grado en el que una intervención se presta de manera correcta dado el estado actual de conocimiento, con el propósito de conseguir el resultado deseado o proyectado para el paciente en condiciones reales. Grado en el que se consigue obtener el beneficio alcanzable.

**Eficiencia:** Relación entre los resultados de la intervención sanitaria y los recursos utilizados para obtener dichos resultados. Grado en que se consigue obtener el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles.

**Continuidad:** Grado de coordinación de la atención al paciente entre profesionales, entre la organización y entre diferentes organizaciones a lo largo del tiempo.

**Respeto:** Grado de implicación de los pacientes en su propia atención y grado en el que los que prestan los servicios lo hacen con cuidado y sensibilidad.

**Seguridad:** Grado en el que las organizaciones están exentas de peligros. Capacidad de reducir los riesgos propios de la atención sanitaria y el entorno.

**Puntualidad:** Grado en el que una intervención sanitaria se realiza a un paciente en el momento más beneficioso o necesario.

**Satisfacción del Cliente:** Grado en el que la atención sanitaria y los resultados de esta cumplen con las expectativas de los clientes. No siempre guarda relación directa con el nivel de calidad científico técnica, y si más con la relación interpersonal.

**Escalas de Medición:** los datos pueden definirse también por la escala usada para la medición de las variables, distinguiéndose cuatro de ellas: nominales, ordinales, de intervalo y de razón. Los cuatro niveles de medida determinan qué operaciones son posibles de usar y por consiguiente las pruebas estadísticas que son permisibles en cada nivel. Todas las escalas tienen algunas propiedades formales que proporcionan definiciones de las características de la escala con mayor exactitud que las que puede asignarse en términos verbales. Estas propiedades pueden expresarse más abstractamente especificando las operaciones aritméticas posibles y las relaciones entre los objetos que han sido clasificados (4).

**Distribución t-Student:** En probabilidad y estadística, es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida cuando el tamaño de la muestra es pequeño. A la teoría de pequeñas muestras también se le denomina teoría exacta del muestreo, ya que también la podemos utilizar con muestras aleatorias de tamaño grande.

**Distribución Chi Cuadrada:** Tiene como finalidad someter a prueba hipótesis referidas a distribuciones de frecuencias. En términos generales, esta prueba contrasta frecuencias observadas con las frecuencias esperadas de acuerdo con la hipótesis nula (5).

## 7. MARCO TEORICO

### 7.1 CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad asistencial es uno de los principales temas a desarrollar por parte de los directivos de los centros de salud y personal sanitario asociados a ellos, se deriva de este, conceptos y propuestas que llevan a la mejora continua, lo que permitirá ofrecer un servicio de alta calidad medido por los resultados de los procedimientos y por la percepción que tiene el paciente y los familiares del servicio y trato recibido por parte del personal sanitario y funcionarios de la entidad.

Resulta difícil especificar el momento exacto en que se inició la búsqueda por la calidad en la medicina, la mayoría de autores concuerdan en que las primeras evaluaciones y mejoras en la práctica profesional se remontan al trabajo de Florence Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea en 1854. El cual consistió en la aplicación de mejoras en la higiene, los cuidados y la atención sanitaria, que dieron como resultado una disminución considerable de treinta puntos porcentuales en la tasa de mortalidad durante los primeros seis meses que estuvo Florence en las instalaciones. Así mismo, el médico húngaro Ignac Fülöp Semmeelweis, especializado en partos en una época en que la tasa de mortalidad maternal ascendía al 16 % propuso adicionar el lavado con cloruro cálcico tras el lavado de manos con agua y jabón; Tras un año de práctica, la tasa de mortalidad descendió al 1,3%. Personajes como ellos imprimieron las pautas para continuar con el desarrollo de la calidad y la búsqueda por materializar el concepto en la práctica médica y la atención sanitaria en general (6).

Existen muchos conceptos de calidad en la atención en el sector salud, todo depende del punto de vista del individuo que interviene en el proceso y de los conceptos que más valora al momento de evaluar su satisfacción por el servicio recibido o de ser el caso, por el servicio entregado. Los pacientes evaluarán su satisfacción en referencia al resultado obtenido, al trato que reciban por parte del personal sanitario, a las instalaciones del centro de salud e incluso el prestigio de los médicos a su disposición; también interviene en su calificación la relación costo-beneficio, que tan ventajoso les resulta el costo del proceso comparado con los resultados obtenidos. Por otra parte, el personal sanitario, tendrá como marco de referencia para su evaluación, los equipos, tecnología e infraestructura del centro de salud; como logra desarrollar los procedimientos teniendo a su alcance los recursos necesarios. Y por último el prestador de servicios de salud, tomará el

resultado final como base para evaluar la calidad del proceso, es decir, validará el bienestar físico del paciente con mayor ponderación que la percepción general del paciente sobre los procedimientos aplicados. También tendrá en cuenta los costos asociados a la atención sanitaria, buscando con esto optimizar los valores monetarios del centro de salud.

Según Avedis Donabedian, médico y fundador del estudio de calidad en la atención de la salud, la calidad se define por el grado en que los medios y recursos disponibles son usados para lograr las mayores mejoras en la salud de los pacientes (7). También en su artículo sobre la evaluación de la calidad médica, expone que “la calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que esta es una parte” y que para medir la calidad de la atención algunos resultados son inconfundibles y fáciles de medir, tal es el caso de la tasa de mortalidad. Pero por otra parte, aspectos como las actitudes del paciente, la restauración social del mismo y la discapacidad física y rehabilitación, sobrepasan el alcance de los estudios y generan resultados con criterios de éxito y fracaso no absolutos (8). Es aquí cuando el interés del personal sanitario se hace indispensable para mejorar la calidad del servicio prestado, generando ideas como las del doctor Ernest Codman, cirujano de Massachusetts General Hospital, en Boston y uno de los fundadores del American College of Surgeons, el cual preocupado por los resultados obtenidos en paciente quirúrgicos, propuso: “Todo Hospital debería realizar un seguimiento de cada uno de los pacientes que trata durante el tiempo suficiente para saber si el tratamiento ha sido positivo y si no lo ha sido averiguar las razones” bajo esta premisa y basándose en aspectos estructurales desarrolló el programa de estandarización de los hospitales en 1918, que se convirtió en la base para el desarrollo de la joint comisión on accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)(9).

Lo que deja en manifiesto esta temática, es la necesidad del control a los pacientes tanto en su estadía en las instalaciones hospitalarias, como en el desarrollo que tenga al egresar del centro de salud; Los procedimientos realizados a los individuos no deberían concluir a la salida del paciente, sino que el personal sanitario debería hacer seguimiento y revisión de los progresos o retrocesos en la salud del paciente atendido.

Otra definición de calidad, la ofrece La ISO 9000:2015 en sistemas de gestión de la calidad, la cual define la calidad de forma general como “grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto o servicio cumple con los requisitos” (10).

Las siguientes definiciones de calidad tomadas del libro de Pau Negre, fundamentos de la calidad asistencial, complementan las definiciones citadas anteriormente, se presentan conceptos aportados a lo largo del tiempo (11):

**Walter A. Shewhart:** “La calidad es algo difícil de calibrar, puesto que implica traducir las necesidades futuras de los usuarios en características mensurables y permitir que un producto pueda ser diseñado y producido para satisfacer un precio que el usuario pagará”.

**William E. Deming:** “Calidad es aquello que da satisfacción al cliente”.

**Peter F. Drucker:** “Calidad es aquello que el cliente está dispuesto a pagar en función de lo que obtiene y valora”.

**Philip B. Crosby:** “Calidad es la conformidad con los requisitos (especificación de las características) que la propia empresa ha establecido para sus productos, basándose directamente en las necesidades de los clientes”.

**Kaoru Ishikawa:** “Calidad es diseñar, producir y entregar un bien o servicio que resulte útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el cliente”.

**Gerald M. Weinberg:** “Calidad es aquello que supone valor para alguien”.

**American Society for Quality Control (ASQC):** “Calidad es el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o el cliente”.

**European Organization for Quality (EOQ):** “Calidad es el grado en que un producto o servicio cubre las exigencias del cliente al que está destinado, y es resultado de la calidad del diseño y la calidad de la fabricación”.

Todas estas definiciones ayudan a entender el alcance del término calidad y le aportan distintas características que enriquecen la definición y acortan el significado de la misma.

La calidad en el contexto del servicio y con mayor precisión en la atención al cliente debe contar con factores como la adecuación, accesibilidad, eficacia, continuidad, efectividad, eficiencia, respeto, seguridad, puntualidad y satisfacción al cliente.

Abordando la temática de la normatividad en los servicios de atención de salud, M.I. Roemer y Montoya-Aguilar, exponen que la calidad en salud “hace referencia a la medida en que los recursos para la atención o los servicios incluidos en ella responden a normas establecidas. En términos generales, se presupone que la aplicación de esas normas producirá los resultados deseados” (12). Ahora bien, partiendo de este concepto, ¿qué normas se aplican en las instituciones prestadoras de salud?

Para lograr la calidad deseada tanto en el ámbito local como mundial, la modernización y estandarización de la atención en salud siguen siendo una necesidad imperante; la hospitalización y la atención en general dentro de un centro médico debe ser eficiente y equitativa, resolver en gran medida los problemas de salud de los individuos y prestar un servicio de acompañamiento e información a los familiares; equilibrado esto con una gestión de costos y recepción de cobros justas. Para lograr la excelencia en estos procesos, es necesario contar con instrumentos que faciliten los procesos técnicos y administrativos de la organización; un manual de procedimientos hospitalarios actualizado, que servirá además de indicar formas y pautas, a la mejora continua de la institución al evaluar constantemente los procedimientos técnicos con los reales.

El ministerio de salud de Colombia, en el programa de mejoramiento de los servicios de la salud define la atención del usuario como “un conjunto de procesos íntimamente relacionados entre sí, que involucran no sólo el proceso específico de prestación del servicio de salud, sino que abarcan también una serie de procesos no clínicos o asistenciales, sin los cuales no sería posible atender de manera adecuada y oportuna las necesidades de los usuarios”. El ministerio expone que la calidad del servicio de atención en la hospitalización depende de muchos factores, y que la institución debe primeramente velar por que el personal sanitario, el equipo y los recursos con que se brinde el servicio sean óptimos y eficientes; expone también, que las causas principales de quejas por parte de los pacientes y familiares van más allá de los resultados tangibles que obtienen de los procedimientos, los usuarios a pesar de egresar sanos del hospital, se retiran con un mal concepto del servicio, ya sea por la atención recibida por parte del personal, por el tiempo que toma obtener una cita, por las largas filas de espera, la falta o mínima información que reciben, o por la paupérrima gestión de cobro y facturación (13).

Los servicios de salud deben abordar al paciente en su integralidad humana, abordando al individuo desde las distintas dimensiones del ser y sus relaciones consigo mismo, su entorno social y ambiental; Lo que le permitirá ofrecer además de tratamientos físicos, procedimientos que ayuden al paciente en sus dimensiones; mental, social y espiritual. Procesos que deberían agregar valor al servicio

asistencial, y por tanto deberían reforzarse y evaluarse constantemente; es por esto que resulta indispensable adoptar medidas para la mejora continua de todas las actividades asociadas a ellos; capacitaciones, estudios de tiempo, estandarización de procesos, adecuada disposición de los servicios de información, reestructuración de manuales y procedimientos, entre otras opciones que al adaptarse al proceso en general, permitan una mejora sustancial en la percepción que tienen los pacientes y familiares de la atención sanitaria en la hospitalización; lo cual se traduce en la oportunidad de obtener ventaja competitiva sobre las demás instituciones y en mayor grado, aumentar la calidad de los servicios prestados a nivel local y regional.

En el contexto particular, el ministerio de salud de Colombia, divide el servicio de hospitalización en tres etapas: admisión, prestación del servicio y egreso, cada uno con sus procesos y procedimientos definidos, los cuales forman un todo que consiste en prestar servicios asistenciales y después cobrar por los mismos. Este enfoque aumenta la eficiencia del servicio en cuanto a evaluación de pacientes atendidos y los resultados por procesos aplicados, pero disminuye la calidad en cuanto a la percepción del cliente; tratar el paciente enfermo y egresar un individuo sano como finalidad, no alimenta la necesidad de mejorar la estadía de dicho paciente dentro de las instalaciones, por lo que este no se sentirá cómodo al sentirse parte de un sistema estándar por resultados.

La importancia de la calidad en los hospitales, expuesta por el mismo ministerio de salud colombiano, explica que la necesidad de recuperación y cuidado de la salud, es tan crítica por que involucra la condición vital y las posibilidades de desarrollo humano y social del individuo y además porque su alto grado de especialización, hace que el cliente se vea en la obligación de “depositar su confianza” en el prestador y en el buen criterio técnico de sus decisiones terapéuticas, en sus habilidades y destrezas prácticas, aceptándolas sobre la base de la información que solicite y /o le sea entregada previamente sobre los “procedimientos a realizarle”. Todo ello en razón de la idoneidad del prestador y en la presunción del cumplimiento de las normas del sistema de garantía de calidad que el Hospital debe asegurarle.

La normatividad legal vigente, según el ministerio de salud de Colombia, obliga a las instituciones a establecer un servicio de atención a los usuarios, de recepción de quejas y reclamos, mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios, formular un plan de garantía de la calidad de los servicios, garantizar la seguridad de los usuarios y abrir y promover espacios de participación social a través, por ejemplo, de la creación de Asociaciones de Usuarios y la participación de la comunidad en las Juntas Directivas de las E.S.E. (Empresas Sociales del Estado) y en los consejos e instancias territoriales de planeación (13).

## 7.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

En cuanto a la evaluación de la calidad y la importancia que tiene en la atención sanitaria, donabedian expone que “antes de intentar evaluar la calidad de la asistencia es necesario acordar qué elementos la constituyen, puesto que de lo contrario estaríamos abocados al desastre”. Según este, hay tres enfoques para la evaluación de la calidad: la estructura, el proceso y el resultado. La calidad estructural hace referencia a las cualidades del sistema donde se desarrolla la atención; la calidad del proceso se refiere a las propiedades de la práctica de los profesionales; y la calidad de los resultados se refiere a la salud de los pacientes (6).

La estructura comprende las cualidades de los centros donde se desarrolla la atención e incluye los recursos materiales, recursos humanos y los recursos organizativos.

El proceso considera todo aquello que se hace al prestar y recibir la asistencia. Se refiere a las actividades que realizan los profesionales por sus pacientes y el nivel de calidad con que lo hacen tanto desde un punto de vista técnico como interpersonal. Incluye fiabilidad diagnóstica, adecuación terapéutica, capacitación, habilidades y cumplimiento de protocolos.

La evaluación de la cualificación científico-técnica se realiza mediante el cumplimiento de estándares de buena práctica. El resultado incluye los resultados de la asistencia en el estado de salud del paciente y la población. Según Suñol. R, los tres principales tipos de resultado son, el estatus clínico, el estatus funcional y la satisfacción del paciente (14).

El estatus clínico consiste en los resultados biológicos de la enfermedad. El estatus funcional es la capacidad del individuo para participar de actividades físicas, cognitivas y sociales. Y la satisfacción del paciente se refiere a como se siente el paciente en relación con la atención recibida. En el caso de emprender acciones correctivas ante un mal resultado se debe profundizar en los procesos que condujeron a los resultados indeseados. La identificación de los errores del proceso llevará a un examen de las características estructurales que contribuyeron a un resultado no óptimo, mostrando así la conexión entre los tres elementos estructura-proceso-resultado. Una buena estructura y un buen proceso no siempre aseguran un buen resultado, ya que existen factores no controlables por parte del personal sanitario, que dependen fundamentalmente del paciente. Pero una mala estructura o un proceso inadecuado conllevan a un mal resultado.

Cuando se evalúa la calidad de la atención prestada a un paciente, resulta lógico tener en cuenta los efectos inmediatos de la asistencia, ¿se curó o no el paciente? Y utilizar un resumen de los resultados individuales para la evaluación como las

tasas de curaciones y mortalidad entre los pacientes. Sin embargo, al juzgar el sistema de atención de salud de una población, estos resultados individuales deben verse como particulares o intermedios. Lo que más importa en relación con la salud de un país son los cambios en la supervivencia, la morbilidad, la discapacidad y el desarrollo físico y mental de la población en su totalidad que pueden atribuirse a la atención de salud prestada; ese es el resultado final del sistema. (12) y al que debería apostarse como normativa legal. Proveer a los pacientes de servicios de atención de salud más humanos y eficientes.

En la década de los 30 se publicó el informe de Lee y Jones sobre el coste de la atención médica que incluía una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención dispensada por los profesionales y los centros, estos criterios han sido punto de referencia del desarrollo de los esfuerzos de calidad durante muchos años (15).

**Tabla 1. Criterios de la atención sanitaria. Lee y Jones. Tomada de Conceptos generales de Calidad.**

Criterios de la atención sanitaria de calidad por Lee y Jones
1. La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.
2. La buena atención médica enfatiza la prevención.
3. La buena atención médica requiere cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.
4. La buena atención médica trata al individuo como un todo.
5. La buena atención médica mantiene una estrecha relación y continuada entre el médico y el paciente.
6. La buena atención médica se coordina con el trabajo social.
7. La buena atención coordina todo tipo de servicios médicos.
8. La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas

En cuanto a la mejora continua, y en la necesidad de los hospitales por acreditar sus procesos y servicios surgen los catorce puntos de Deming, defensor de la mejora continua de la calidad. Deming defiende que la dirección tiene la responsabilidad final sobre la calidad y que los principales problemas de calidad deben ser manejados mejor por la dirección que por los trabajadores.

**Tabla 2. Los catorce puntos de Deming. Tomado de Gestión de la calidad de cuidados de enfermería.**

1. Crear un compromiso con el propósito de mejorar continuamente el producto o servicio.
2. Adoptar la nueva filosofía en todos los ámbitos de trabajo.
3. Eliminar la inspección como forma de conseguir calidad, pasando a “construir” calidad. Pasar de la inspección a la prevención de problemas.
4. Mejorar continuamente los procesos sin detenerse jamás.
5. El objetivo es minimizar el coste total, no el inicial.
6. Mejora continua de cada proceso de planificación, producción y servicio.
7. Establecer métodos modernos de formación en todos los trabajos.
8. Adoptar un estilo de liderazgo basado en ayudar a la gente a trabajar mejor.
9. Alejar el miedo de la organización.
10. Romper barreras entre departamentos y estamentos.
11. Eliminar eslóganes que reclamen mejoras de calidad sin que se acompañen de métodos útiles para conseguirlo.
12. Eliminar cuotas numéricas para la producción de los trabajadores y la gestión por objetivos cuantitativos del trabajo.
13. Eliminar las barreras que impiden que los individuos se sientan orgullosos de su trabajo.
14. Implantar un trabajo enérgico de formación y automejora y poner a todo el mundo a trabajar en la transformación de la organización.

La mejora continua de la calidad es una filosofía que implica un proceso lento de cambio en la cultura de la organización. Son varios los modelos de calidad total, modelo Deming, 1951 Japón, modelo Malcom Balrigde, 1987 EEUU, modelo EFQM de excelencia, 1988 Europa, Norma iso 9000/2000, y los estándares internacionales de acreditación para hospitales de la Joint commission international; que se han desarrollado como una estrategia o modelo de gestión de la empresa en el que la gestión de la calidad conlleva aun aprendizaje continuado que consigue no solo el desarrollo de la empresa y la mejora de la calidad sino el del propio individuo.

## 7.3 HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

### 7.3.1 Ciclo PDCA

La metodología de la evaluación y mejora de la calidad tal y como lo presenta Ayuso, D & De Andrés, B, se basa en el seguimiento de los pasos del ciclo de mejora continua de la calidad. La herramienta básica en calidad es el ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act). Plan: incluye identificar los problemas, formular objetivos, analizar las causas y planificar las medidas para corregir el problema. Do: Es la ejecución propiamente dicha de las medidas correctoras y la medición de los resultados. Check: Es la comparación de los resultados con los objetivos, la realización de feedback (retroalimentación) a los profesionales y analizar las causas de no cumplimiento. Act: Actuar para eliminar las causas de las desviaciones, modificar el plan de nuevo o institucionalizarlo (6).

### 7.3.2 Herramientas para Identificación de Problemas

Para la detección de problemas mediante técnicas de grupo se utiliza como posibles fuentes al personal sanitario, ya que son estos los que están en constante interacción con el proceso y pacientes en general, y en cuanto a las técnicas individuales se recurre principalmente a los clientes externos, en este caso los pacientes, mediante los estudios de satisfacción, entrevistas y estudios de monitorización.

- **Técnica del grupo Nominal:** Consiste en la Identificación de los tres problemas más importantes del área a estudiar por parte de los diferentes miembros de un grupo. Inicialmente se nombra un coordinador. Después hay una primera fase de reflexión individual para la detección de los problemas, se discuten los mismos y se procede a la votación para identificar el problema con mayor importancia.
- **Brainstorming o Lluvia de Ideas:** Consiste en la identificación individual de los problemas y después mediante la lluvia de ideas se seleccionan los problemas más relevantes para finalmente priorizar los seleccionados

mediante una parrilla de priorización (en función de los pacientes a los que afecta el problema, el riesgo que supone el problema para el paciente, su coste y la factibilidad de la solución) escogiendo los dos más puntuados.

### 7.3.3 Herramientas para el análisis causal

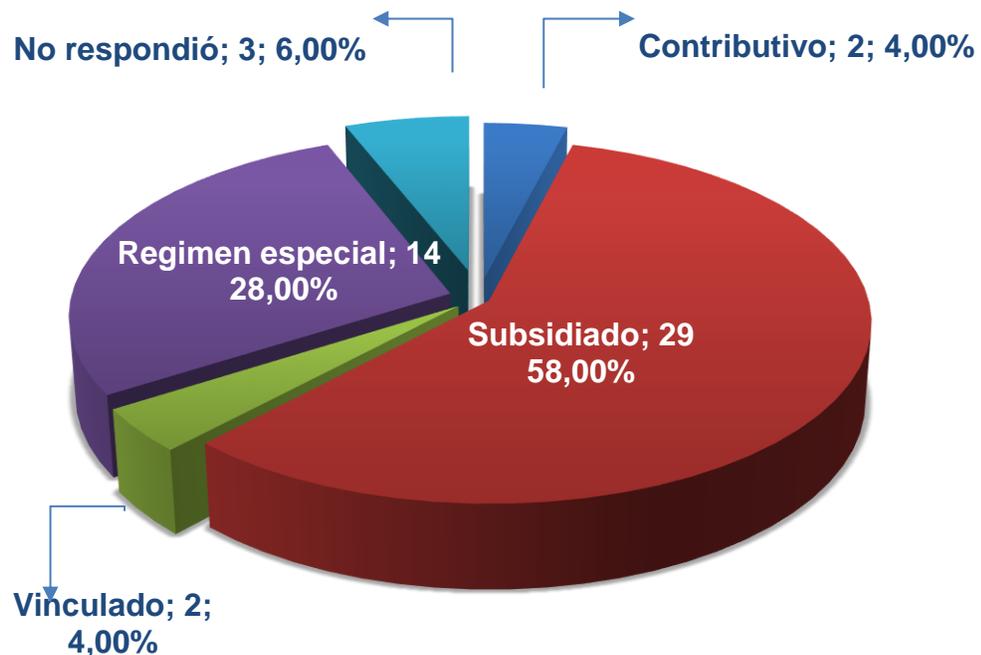
- **El diagrama de Ishikawa o de causa-efecto:** Denominado también diagrama de espina de pescado, se utiliza para realizar el análisis causal del problema detectado. Para su realización se precisa nombrar las diferentes categorías que pueden originar el objeto de estudio (organización, profesionales, entorno de trabajo, clientes, tecnología, etc.) añadiendo las que se consideren oportunas. Se dibuja la espina y se coloca el problema detectado a la derecha, se van agrupando las posibles causas en las diferentes categorías situadas a la izquierda. Una vez finalizada se debe proceder a la priorización de la causa sobre la que se va a actuar.
- **Diagrama de Pareto:** Esta técnica nos permite determinar que problemas tenemos que resolver y en qué orden. Es útil cuando disponemos de datos cuantitativos y se basa en la premisa de que muchos son triviales y pocos son vitales, lo que quiere decir que habitualmente la mayor ocurrencia de un problema se explica por contadas causas.

## 8. RESULTADOS

La muestra estuvo comprendida por 50 pacientes divididos según su género en 29 hombres, que representan el 58% de los individuos encuestados; y el restante, 32% corresponde a las 21 mujeres encuestadas. Los participantes del estudio poseen una edad media  $51.94 \pm 19.26$  años con un rango entre 19 y 89 años.

En cuanto al aseguramiento en salud, predominó el régimen subsidiado con el 58%. En este grupo tres entrevistados (6%) no respondieron a esta pregunta del cuestionario (figura 1).

**Figura 1. Distribución del aseguramiento en salud en los pacientes atendidos en hospitalización. Elaboración propia.**



La entidad promotora de salud más frecuente fue Mutua Ser con un 42% (n=21), coincidiendo con lo evidenciado en el tipo de aseguramiento (tabla 3).

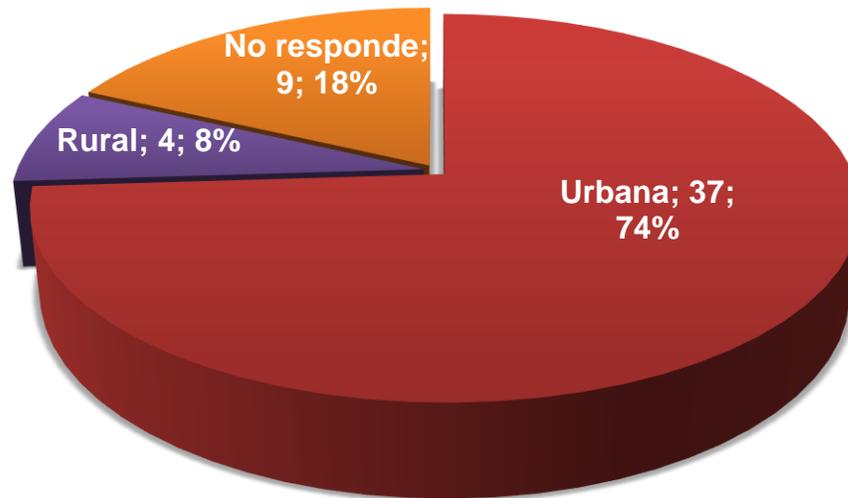
**Tabla 3. Distribución de la entidad promotora de salud en los pacientes atendidos en hospitalización. Elaboración propia.**

Ítem	n	Porcentaje
Mutua Ser	21	42
Sanidad Militar	7	14
Policia Nacional	6	12
Ambuq	3	6
Cajacopi	2	4
Anas Wayuu	1	2
Comfaguajira	1	2
Comfasucre	1	2
Salud Total	1	2
Suramericana	1	2
No responde	6	12
Total	50	100

El área de procedencia más frecuente fue la urbana, con un 74% (n=37) (figura 2).

**Figura 2. Procedencia en los pacientes atendidos en hospitalización.**

**Elaboración propia.**



El estrato que predominó en los pacientes correspondió al nivel 2 con un 40% (n=20) (tabla 4).

**Tabla 4. Estratificación socioeconómica en los pacientes atendidos en hospitalización. Elaboración propia.**

Ítem	n	Porcentaje
Nivel 1	17	34
Nivel 2	20	40
Nivel 3	8	16
Nivel 4	1	2
No responde	4	8
Total	50	100

El nivel educativo más frecuente fue el bachillerato completo, con un 30%\$ (n=15), seguido de bachillerato incompleto con un 20% y en tercer lugar de importancia se encontró al nivel técnico con un 12% (tabla 5).

**Tabla 5. Nivel educativo en los pacientes atendidos en hospitalización. Elaboración propia.**

Ítem	n	Porcentaje
Ninguno	1	2
Primaria incompleta	3	6
Primaria completa	2	4
Bachillerato incompleto	10	20
Bachillerato completo	15	30
Técnico	6	12
Universitario incompleto	3	6
Universitario completo	2	4
Postgrado/maestría	1	2
No responde	7	14
Total	50	100

La ocupación más frecuente encontrada fue la de ama de casa con un 26% (n=13). En segundo lugar, se identificó a la ocupación militar y en la tercera en orden se ubicó a la actividad como comerciante con un 5% respectivamente (tabla 6).

**Tabla 6. Ocupación en los pacientes atendidos en hospitalización.  
Elaboración propia.**

Ítem	n	Porcentaje
Ama de Casa	13	26
Militar	5	10
Comerciante	5	10
Pensionado	4	8
Conductor	3	6
Desempleado	3	6
Oficios Varios	2	4
Docente	1	2
Estilista	1	2
Estudiante	1	2
Hogar	2	4
Ninguna	1	2
Construcción	1	2
Policia	1	2
Asesora de Ventas	1	2
Comandante Cuerpo Bomberos	1	2
Soldador	1	2
No responde	4	8
Total	50	100

Con respecto a la especialidad que atendía al paciente, se encontró en un gran porcentaje a Medicina Interna con un 80.00% (n=40), seguido de Ginecología con un 4.00% (n=2) y radiología (2%), entre otros (tabla 6).

**Tabla 6. Especialidad que atendía a los pacientes en hospitalización. Elaboración propia.**

Ítem	n	Porcentaje
Medicina Interna	40	80,00
Ginecología	2	4,00
Radiología	1	2,00
No responde	7	14,00
Total	50	100

El tiempo de hospitalización presentó una media de  $8.68 \pm 15.72$  días. Por su parte, el tiempo en ser atendido arrojó una media de  $57.79 \pm 46.69$  minutos, con un mínimo de 10 minutos y un máximo de 240 minutos.

Con respecto a la atención administrativa al ingreso, esta fue considerada en un 48% como Muy Buena (n=24). La actitud del personal administrativo al ingreso fue percibida como Muy Interesado en un 50%; El trato del personal administrativo al ingreso fue determinado como Muy Bueno en un 52%, y la satisfacción por la atención brindada por el personal administrativo fue considerada Muy Buena en un 52% (tabla 7).

**Tabla 7. Consideración sobre la atención del personal del área administrativa al ingreso. Elaboración propia.**

Atención	n	Porcentaje	Actitud	n	Porcentaje	Trato	n	Porcentaje	Satisfacción	n	Porcentaje
Muy buena	24	48	Muy interesado	25	50	Muy bueno	26	52	Muy buena	26	52
Buena	23	46	Interesado	20	40	Bueno	19	38	Buena	20	40
Ni buena, ni mala	1	2	Ni interesado, ni desinteresado	0	0	Ni bueno, ni malo	2	4	Ni buena, ni mala	1	2
Mala	0	0	Desinteresado	1	2	Malo	0	0	Mala	0	0
Muy mala	0	0	Muy desinteresado	0	0	Muy malo	0	0	Muy mala	0	0
No responde	2	4	No responde	4	8	No responde	3	6	No responde	3	6
Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100

Al Abordar la atención brindada por el personal de salud al ingreso, se encontró que esta fue considerada como Muy Buena en un 60% (n=30). La actitud por su parte, obtuvo el mismo porcentaje, indicando que el personal de salud al ingreso se encuentra muy Interesado en atender a los usuarios.

El trato del personal de salud al ingreso fue calificado como Muy Bueno en un 58%, siendo este el mismo porcentaje en la percepción de la satisfacción por la atención brindada por el personal de salud. (Tabla 8).

**Tabla 8. Consideración sobre la atención del personal de salud al ingreso. Elaboración propia.**

Atención	n	Porcentaje	Actitud	n	Porcentaje	Trato	n	Porcentaje	Satisfacción	n	Porcentaje
Muy buena	30	60	Muy interesado	30	60	Muy bueno	29	58	Muy buena	29	58
Buena	17	34	Interesado	15	30	Bueno	18	36	Buena	17	34
Ni buena, ni mala	0	0	Ni interesado, ni desinteresado	0	0	Ni bueno, ni malo	1	2	Ni buena, ni mala	1	2
Mala	1	2	Desinteresado	1	2	Malo	0	0	Mala	0	0
Muy mala	0	0	Muy desinteresado	0	0	Muy malo	0	0	Muy mala	0	0
No responde	2	4	No responde	4	8	No responde	2	4	No responde	3	6
Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100

El tiempo en ser hospitalizado presentó una media de  $17.82 \pm 20.82$  horas, con un tiempo mínimo de 1 hora y 72 horas.

Por su parte, la atención administrativa en el área de hospitalización fue considerada Muy Buena en un 56% (n=28). La actitud del personal administrativo en el área de hospitalización fue calificada en un 64% como Muy Interesado. El trato del personal administrativo en el área de hospitalización obtuvo el mismo porcentaje de la actitud, y finalmente la satisfacción resultante por la atención brindada por el personal administrativo en el área de hospitalización fue percibida como Muy Buena en un 58% (tabla 9).

**Tabla 9. Consideración sobre la atención del personal administrativo en el área de hospitalización.**

**Elaboración propia.**

Atención	n	Porcentaje	Actitud	n	Porcentaje	Trato	n	Porcentaje	Satisfacción	n	Porcentaje
Muy buena	28	56	Muy interesado	32	64	Muy bueno	31	62	Muy buena	29	58
Buena	17	34	Interesado	10	20	Bueno	18	36	Buena	19	38
Ni buena, ni mala	0	0	Ni interesado, ni desinteresado	0	0	Ni bueno, ni malo	0	0	Ni buena, ni mala	0	0
Mala	0	0	Desinteresado	0	0	Malo	0	0	Mala	0	0
Muy mala	0	0	Muy desinteresado	0	0	Muy malo	0	0	Muy mala	0	0
No responde	5	10	No responde	8	16	No responde	1	2	No responde	2	4
Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100

En el área de Hospitalización, se consideró a la atención brindada por el personal de salud como Muy Buena en un 66% (n=33). La actitud del personal en esta área fue calificada como Muy Interesado en un 72%. El trato del personal de salud por su parte se consideró Muy Bueno en un 62%. Por su parte, la satisfacción fue percibida como Muy Buena en un 60% (tabla 10).

**Tabla 10. Consideración sobre la atención del personal de salud en el área de hospitalización. Elaboración propia.**

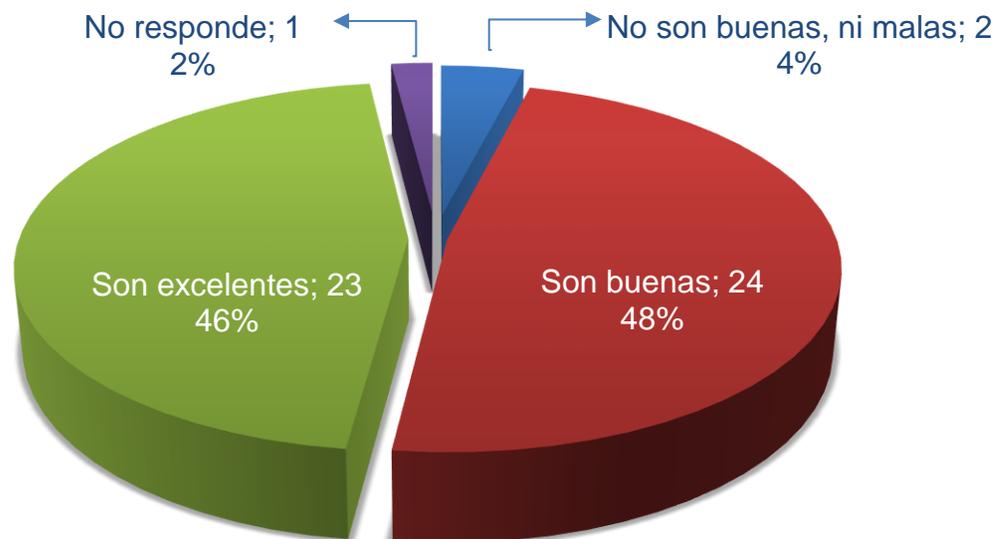
Atención	n	Porcentaje	Actitud	n	Porcentaje	Trato	n	Porcentaje	Satisfacción	n	Porcentaje
Muy buena	33	66	Muy interesado	36	72	Muy bueno	31	62	Muy buena	30	60
Buena	14	28	Interesado	11	22	Bueno	13	26	Buena	15	30
Ni buena, ni mala	1	2	Ni interesado, ni desinteresado	0	0	Ni bueno, ni malo	1	2	Ni buena, ni mala	2	4
Mala	0	0	Desinteresado	1	2	Malo	0	0	Mala	0	0
Muy mala	0	0	Muy desinteresado	0	0	Muy malo	0	0	Muy mala	0	0
No responde	2	4	No responde	2	4	No responde	5	10	No responde	3	6
Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100	Total	50	100

El 98% de los encuestados consideró que se presentó continuidad en la atención, así como también que recibieron el servicio que requería el paciente y la atención que motivo a la hospitalización. El 32% afirmó que no recibieron educación para prevenir eventos adversos durante la atención.

En cuanto a las instalaciones las opiniones se dividieron especialmente entre buenas y excelentes con un 48% y un 46% respectivamente (figura 3).

El 98% recomendaría acudir a recibir atención en la IPS, y un 66% calificó a la calidad en la atención con 5/5 y un 32% la calificó con 4/5 (figura 4).

**Figura 3. Opinión sobre las instalaciones en la I.P.S. Elaboración propia.**



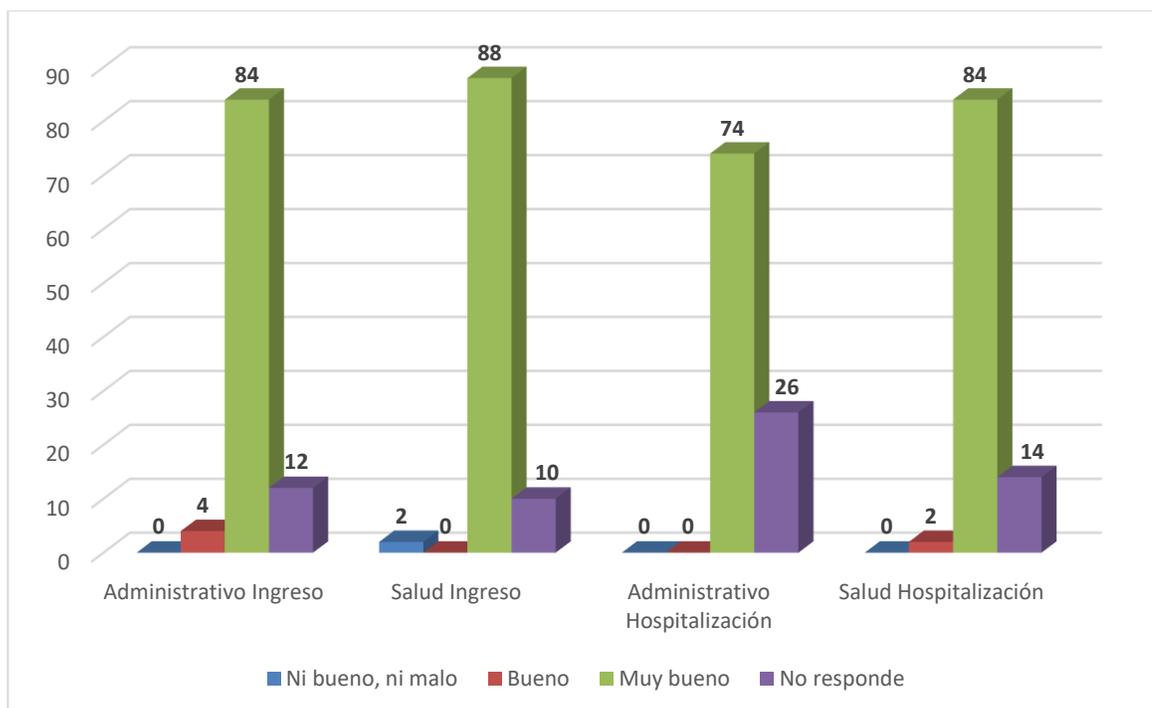
Al aplicar el análisis de los datos mediante la escala de Likert, se encontró que se presenta un nivel de fiabilidad interna satisfactoria con un alfa de Chronbach de 0.82 en la percepción de la calidad de la atención del personal administrativo al ingreso. En la percepción de la calidad de la atención del personal de salud al ingreso, se presentó un índice de fiabilidad (alfa de Chronbach) de 0.88. Para la percepción de la calidad de la atención del personal administrativo en hospitalización se presentó un 0.68 y finalmente para la percepción de la calidad de la atención del personal de salud en hospitalización fue de 0.78 (tabla 11).

**Tabla 1. Análisis Escala de Likert al ingreso y en el área de hospitalización. Elaboración propia.**

Área de atención	Personal	Alfa	$p$ (Anova)	RIC
Ingreso	Administrativo	0.822	0.000	32-70
	Asistencial	0.882		57-80
Hospitalización	Administrativo	0.684		5-55.
	Asistencial	0.783		30-66

Al efectuar agrupación estadística de los valores en cada escala, se encontró que el personal administrativo y de salud fueron evaluados como buenos y muy buenos (en mayor proporción) tanto al ingreso como en el área de hospitalización (figura 4).

**Figura 4. Valores agrupados en el personal administrativo y de salud en las áreas de ingreso y de hospitalización. Elaboración propia.**



## 9. DISCUSIÓN

La percepción del paciente por el servicio recibido en una institución de salud depende de muchos factores que acompañan al proceso específico de prestación del servicio, entre los cuales se encuentran el trato recibido por parte del personal, el tiempo que invierten en el proceso, la actitud del personal sanitario y administrativo, los recursos que se coloquen a su disposición, entre otros más; los cuales a través de este estudio se evaluaron en el servicio de hospitalización en clínica de cuarto nivel en la ciudad de Barranquilla, Colombia, para conocer el grado de satisfacción de los usuarios de esta institución.

Al finalizar la toma y el análisis de los datos, el estudio permitió conocer la percepción de la calidad en el servicio de hospitalización que tienen los usuarios de la institución, tanto al inicio de la atención, como en el servicio mismo. La evaluación arrojó resultados positivos para la IPS, a la cual sus servicios de ingreso y hospitalización fueron calificados en su mayoría como buenos.

Se debe resaltar que se presentaron mínimas calificaciones negativas, pero si hubo calificaciones neutras que son notorias, porque cuando se ofrece un servicio, se espera que el usuario esté agusto o no con los recursos y trato ofrecido, al obtener este tipo de calificación, hace pensar que el servicio no ofrece a estos pacientes la calidad suficiente para ser calificado como bueno o de agrado, simplemente es un servicio que se le brinda y que no le aporta ningún valor a él, a su tiempo ni a su comodidad. Es este el punto o aspecto de mejora, en lo que se debe trabajar para que este usuario y aquellos que piensan lo mismo del sistema, se sientan satisfechos con el servicio entregado.

En cuanto a las calificaciones positivas, y el número elevado que recibieron, se puede concluir que los usuarios presentan elevados niveles de satisfacción que sobrepasan en gran medida las calificaciones negativas, las cuales no se deben descuidar si no implementar sistemas de mejora continua, que permitan aumentar la satisfacción de los pacientes y/o familiares.

Así mismo, es importante evaluar la satisfacción de los prestadores del servicio, además de evaluar la satisfacción del usuario y mejorar su experiencia en el área de hospitalización, (1) se debe contar con un personal capacitado y satisfecho con su labor y su organización laboral que amplifique y proyecte su bienestar hacia los

individuos que recibirán un trato específico por parte suya. Desde este factor interno debe empezar la evaluación y mejora de la institución.

En cuanto a los datos suministrados en las encuestas realizadas, las opiniones emitidas por los encuestados sobre la calidad en la atención y la satisfacción resultante de esta presentan validez dados los índices de fiabilidad resultantes. En este sentido, las escalas fueron orientadas a la captura de la percepción de la calidad, las cuales favorecen el reflejo de esta, permitiendo tomar decisiones que mantengan o mejoren la calidad observada y que lleve a lograr la calidad esperada por la institución (2).

Con respecto a lo anterior, la relación entre lo definido en las escalas y la satisfacción con el servicio brindado se debe proyectar desde los factores que conducen a lograr tal satisfacción, se deben evaluar todos los aspectos que los pacientes consideren importantes y que mejoran su percepción del servicio en general, ya que estos generan un mayor impacto sobre su consideración y calificación (3).

En la valoración de la calidad del servicio por parte de los usuarios, convergen factores tangibles e intangibles, en este estudio sobre satisfacción del cliente se evaluaron en mayor medida los factores intangibles inherentes a la calidad, como son la atención percibida, la actitud del personal durante la atención y el trato recibido, aspectos de gran importancia para los usuarios a la hora de evaluar un servicio (1,4). Se hace necesario que el paciente se sienta contento con la atención que se le está prestando y la rapidez y eficiencia con que se estudia su caso y se le da solución, también es indispensable que el paciente se sienta seguro y se le profese respeto en todo el tiempo que se encuentre en las instalaciones y se le siga acompañando en su proceso de recuperación remoto.

Con respecto a lo anterior, la percepción de la calidad tiene como sustento las experiencias generadas por la atención, siendo su calificación la expresión de lo recibido y sentido no solo en la atención, sino también en la corrección del curso salud-enfermedad, lo cual puede estar sesgado por una percepción de acciones positivas que pueden enmascarar acciones negativas que se pudieron haber presentado, que por estar inmersas en una sensación satisfactoria no se tienen en cuenta en el momento de evaluar la calidad, estando inmiscuido el estado de salud del entrevistado inmerso dentro de su consideración de la calidad de la atención (5).

Un hecho que puede motivar lo anterior es la edad en los pacientes de la muestra, la cual puede estar relacionada con la especialidad tratante más frecuente, y también puede incidir de cierta forma en la percepción de la calidad al concentrarse el paciente en esta edad en la resolución de su estado de salud (5), así como también en todo lo que se relaciona con la atención para lograr dicha resolución .

Por otra parte, al tener una población variada en cuanto al nivel socioeconómico, escolaridad y seguridad social, es posible que se pasen por alto algunos aspectos que afecten la calificación de la calidad de la atención, por lo que se hace indispensable, que el servicio prestado en las instalaciones, principalmente en el área de hospitalización, sea equitativo e igualitario para todos los usuarios, refiriéndonos con esto al buen trato, a la explicación correcta de resultados y dictámenes médicos, al seguimiento de tratamientos, a transmitir bienestar y tranquilidad a los pacientes.

La inmersión del personal de las instituciones de salud en procesos continuos de calidad, aseguramiento de la calidad y prevención de eventos adversos son aspectos que mejoran la percepción de la calidad (6). En este sentido, llama la atención un porcentaje de apreciaciones en los pacientes que demuestra fallas en la educación, muestra la necesidad de mejorar este aspecto, lo cual favorecerá indudablemente la percepción de la calidad de la atención percibida.

Con respecto a lo anterior, la educación que se brinda relacionada con la seguridad del paciente es de vital importancia, sin demeritar de igual forma a toda aquella relacionada con los procesos de atención y de salud, lo cual aumenta la confianza, credulidad, y seguridad en el paciente, lo cual incide notablemente en la percepción de la calidad de la atención (6).

La actitud, el conocimiento, la disposición, las labores conjuntas y secuenciales del personal de toda institución, son la columna vertebral del servicio. De estas depende directamente parte de la percepción de la calidad en el usuario, por lo que estos atributos en conjunto con los resultados de la atención y los procesos permiten estructurar tanto mental, como emocionalmente la calificación del servicio en el usuario y su familia (7).

En este caso, la satisfacción percibida por los entrevistados es alentadora al abarcar calificaciones positivas. Con esto, dan a conocer la apreciación favorable que tienen del servicio y del personal a cargo; lo que otorga a la institución la satisfacción del

cumplimiento de su deber, y le permite mejorar en los aspectos donde se encuentren falencias. (8)

A pesar de obtenerse calificaciones muy alentadoras en la atención, actitud, trato y satisfacción del personal en las instituciones, es necesario que las instituciones cuenten con un criterio específico en este sentido, ya que la percepción de los pacientes puede estar sesgada y al aferrarse a la calificación aportada, pueden generarse desviaciones en los procesos que posteriormente van a afectar la calidad en la atención (9), dadas las expectativas de curación del paciente, la cual puede primar sobre la percepción de la calidad de la atención recibida (10).

En cuanto a la ejecución del proyecto, la limitación del presente estudio, radica en la dificultad para lograr el acceso a los pacientes atendidos en el servicio de hospitalización, dada la reinante situación pandémica ocasionada por el virus Sars-Cov-2. Aun cuando la muestra lograda es representativa, se requiere de un mayor número de pacientes para comprobar los hallazgos de la presente investigación.

## **10. CONCLUSIONES**

La percepción de la calidad es una estrategia que permite conocer la apreciación de la dinámica de la atención en salud.

La percepción de la calidad puede estar influenciada por factores socioeconómicos, educativos, y culturales.

El área de hospitalización de la institución cuenta con una percepción de la calidad muy alentadora que permitirá tomar decisiones dentro del proceso de mejoramiento continuo institucional.

Una adecuada percepción de la calidad depende tanto del trato, actuar e interés del personal tanto administrativo como asistencial en prestar una atención que proporcione la satisfacción que se espera por parte de los pacientes.

Las escalas de Likert son herramientas muy útiles para poder captar la percepción de la calidad de la atención y de la satisfacción generada por la atención.

## 11. REFERENCIAS

### INTRODUCCIÓN

1. Congreso EL, Republica DELA. Ley numero 100 de 1993. 1993;1993(Diciembre 23):1–132.
2. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. México: La Prensa Médica Mexicana. 1984; 3: 95
3. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. Soc Sci Med 1997; 45

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1. LG A. Planeación estratégica en hospitales. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 1996.
2. CA K. Calidad en salud en Colombia. Los principios. PARS C, editor. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - MPS; 2008.
3. A D. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press; 1988.
4. B W. The quality of care: assessment and assurance. In: Kovner AR, editor. Health care delivery in the United States. 4th ed. New York: Springer; 1990.
5. E D. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos; 1989.
6. Ransom S, Maulik J DN. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. ASQ; 2005.
7. A D. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(166–206).
8. McLaughlin CP KA. Continuous quality improvement in health care. 3rd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 2006.
9. A D. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260:1743–8.
10. Spertus JA, Eagle KA KH et al. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance

measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *J Am Coll Cardiol.* 2005;45:1147–56.

11. D, Rios-Zertuche, Zúñiga-Brenes P, Palmisano E, Hernández B, Schaefer A, Johanns CK IE. Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low- and middle-income countries. *Int J Qual Heal Care.* 2018;
12. Buttell P, Hendler R DJ. *Quality in Healthcare: Concepts and Practice.* 2007.
13. EA M. Six Challenges In Measuring The Quality Of Health Care. *Health Aff.* 1997;17(3):6–21.
14. Saver BG, Martin SA, Adler RN, Candib LM, Deligiannidis KE, Golding J TS. Care that Matters: Quality Measurement and Health Care. *PLOS Med.* 2015;12(11).
15. A O. Improving the health of patients and populations requires humility, uncertainty, and collaboration. *JAMA.* 2012;
16. Mathias J BD. Developing quality measures to address overuse. *JAMA.* 2013;309.
17. M F. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based.* 2008.
18. Bing M, Abel RL, Pendergrass P, Sabharwal K MC. Data used to improve quality of health care. *Tex Med.* 2000;96(10):75–9.
19. L S. Escalas e indicadores. In: *Una mirada crítica.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997.
20. J M. Calidad en la atención médica: ¿Paciente o cliente? *Rev Med Hered.* 2001;12(3):75–7.
21. Seclén-Palacin J DC. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *An Fac Med Lima.* 2005;66(2):127–41.

## **CALCULO DE LA MUESTRA**

1 [www.Netquest.com/blog/es/que-tamaño-de-muestra-necesito](http://www.Netquest.com/blog/es/que-tamaño-de-muestra-necesito)

## MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

1. Real Academia Española. (2020). *Diccionario de la Lengua Española*. Obtenido de Asociación de Academias de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/>
2. World Health Organization , Organisation for Economic Co-operation and Develop, & The World Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Obtenido de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>
3. Humet, C., & Suñol, R. (2001). Calidad Asistencial. *Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial* , 76.
4. Dagnino S., J. (2014). Tipos de Datos y Escalas de Medida. *Revista Chilena de Anestesia*, 109-111 Volumen 43, Número 2. Obtenido de Revista Chilena de Anestesia.
5. Quevedo Ricardi , F. (11 de Diciembre de 2011). *Estadística Aplicada a la Investigación en Salud*. Obtenido de MED wave Revista Biomédica Revisada por Pares: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/MBE04/5266>
6. Ayuso Murillo, D., & De Andrés Gimerno, B. (2015). Conceptos Básicos de Calidad Asistencial. En D. Ayuso Murillo, & B. De Andrés Gimerno, *Gestión de la Calidad de Cuidados de Enfermería, Seguridad del Paciente* (págs. 1-25). Diaz de Santos.
7. Zurita Garza , B. (1996). Calidad de la Atención de la Salud . *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, Vol 57 .
8. Donabedian, A. (1966). *Evaluating the Quality of Medical Care*. Obtenido de The MILBANK QUARTERLY: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
9. ACS. (s.f.). *AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS*. Obtenido de Ernest A. Codman, MD, FACS (1869-1940): <https://www.facs.org/about-acs/archives/pasthighlights/codmanhighlight>
10. ISO 9000. (s.f.). *Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9000:2015 (es)*. Obtenido de ISO 9000:2015 (es) Online Browsing Platform (OBP): <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>
11. Negre Nogueras, P. (2015). *Fundamentos de la Calidad Asistencial, Gestión de la Calidad en los Servicios Asistenciales* . Barcelona: Comtec Quality.
12. Roemer, M., & Montoya-Aguilar , C. (s.f.). *Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de Salud*. Obtenido de World Health Organization iris:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39483/9243701053\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39483/9243701053_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Ordóñez Noriega, S., Bustamante García, M., Arciniegas Andrade, F., Calderón Ortiz, M., & Carmona De Ruiz, M. (2000). *Dirección General para el Desarrollo de la Prestación de los servicios de salud*. Obtenido de Ministerio de Salud República de Colombia : <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/RE-CREAR.pdf>
14. Suñol, R., & Bañeres, J. (1998). Origen, evolución y características de los programas de gestión de la calidad en los servicios de salud. En R. Suñol, & J. Bañeres, *Tratado de calidad asistencial a atención primaria*. (págs. 49-75). Madrid: Du Pont Pharma.
15. Rodríguez Cornejo, M. (2009). Conceptos generales de Calidad. OCW Universidad de Cadiz, 18.

## DISCUSIÓN

1. Riveros SJ, Berné MC MJ. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Rev Med Chil*. 2010;138(5):630–8.
2. Llanos F, Rosas A, Mendoza D CC. Comparación de las escalas Likert y Vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital del Perú. *Rev Med Hered*. 2001;12(2):52–7.
3. Riveros J, Berné C GM. Orientación al usuario y satisfacción con el servicio: análisis confirmatorio sobre datos de usuarios de hospital al sur de Chile. In: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública [Internet]. Santiago de Chile: X Congreso Internacional del CLAD; 2005. Available from: [http://cdim.esap.edu.co/BancoConocimiento/O/orientacion\\_al\\_usuario\\_y\\_satisfaccion\\_con\\_el\\_servicio/orientacion\\_al\\_usuario\\_y\\_satisfaccion\\_con\\_el\\_servicio.asp](http://cdim.esap.edu.co/BancoConocimiento/O/orientacion_al_usuario_y_satisfaccion_con_el_servicio/orientacion_al_usuario_y_satisfaccion_con_el_servicio.asp).
3. Riveros SJ, Berné MC MJ. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Rev Med Chil*. 2010;138(5):630–8.

4. Riveros SJ BM. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Riveros SJ, Berné MC. 2007;135(7):862–70.
5. Al-Mandhari AS, Hassan AA HD. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from the users of primary health care in Oman. *Fam Pr.* 2004;21(5):519–27.
6. Patterson M, Rick J, Wood S, Carroll C, Balain S BA. Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technol Assess. Heal Technol Assess.* 2010;14(51):1–334.
7. Jha AK, Orav EJ, Zheng J EA. Patients' perception of hospital care in the United States. *NEJM.* 2008;359:1921–31.
8. J. C. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Cal Asis.* 2001;16:276–9.
9. Garrouette EM, Sarkisian N, Goldberg J, Buchwald D BJ. Perceptions of medical interactions between healthcare providers and american Indian older adults. *Soc Sci Med.* 2008;67(4):546–56.
10. Andén A, Andersson SO RC. Satisfaction is not all-patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. 2005. *24AD;6:43.*