

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

**NIVEL DE CALIDAD EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
UNIVERSITARIO JUAN PABLO PINA, JULIO 2018**

Tesis de Postgrado para Optar por el Título de Especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

DRA. MARILUZ MARIÑEZ

Asesores

Dra. Bienvenida Rosario (clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (metodológica)

Distrito Nacional

2018

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

**NIVEL DE CALIDAD EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
UNIVERSITARIO JUAN PABLO PINA.**

ÍNDICE

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

CAPÍTULO I

I.1 Introducción.....	10
I.1.2. Justificación.....	13
1.2. Planteamiento del problema.....	14
I.3 Objetivos	16
I.3.1. General	16
I.3.2. Específicos.....	16

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

II.2.1. Percepción	18
II.2.2. Proceso de percepción.....	18
II.2.3. Definición de calidad	19
II.2.4. Concepto de calidad y calidad asistencial	21
II.2.5. Calidad en el sector salud.	23
II.2.6. Garantía de calidad en la atención de salud.	25
II.2.7. Plan de garantía de calidad en la República Dominicana	25
II.2.8. Desafío de la calidad en las organizaciones de salud.....	26
II.2.9. Componentes de la calidad.....	26
II.2.10. Caracterización a partir de servicios producidos y su alto impacto en la salud de la población.	27
II.2.11. Problemas relacionados con la calidad de la atención de las entidades proveedoras.	28
II.3. Normas de Calidad en Salud de la República Dominicana	28

CAPÍTULO III

III.1.- Variables	31
III.2.- Operacionalización de las variables.....	32
III.3 Diseño metodológico.....	33
III.3.1. Tipo de estudio:.....	33

III.3.2 .Demarcación geográfica:	33
III.3.3. Universo	33
III.3.4. Muestra	33
III.3.5. Criterios de inclusión	34
III.3.6. Criterios de exclusión	34
III.3.7. Procedimiento para la recolección información	34
III.3.8. Aspectos éticos	34

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

IV.1. Presentación de los resultados	36
IV.2. Discusión	54
IV.3. Conclusión	57
IV.4. Recomendaciones	58
IV.5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
IV.5.ANEXOS	63
IV.5.1Cronograma de actividades	63
IV.5.2Cuestionario	55
IV.5.3.....	57
IV.5.4.....	58

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIAS

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la percepción de la calidad de la atención en la emergencia del hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y de fuente prospectiva de información, encontrándose los siguientes resultados: El perfil sociodemográfico de los usuarios del servicio se refiere a personas en edad productiva, entre 39-48 años y 29-38 años, que forman la mayoría de los pacientes. El sexo femenino es el más frecuente, dominicanos en su mayoría, y siendo estas personas en su mayoría de los sectores de Las Flores, Los Molinos y Madre Vieja Norte. La mayoría de las personas eran de unión libre, El trato médico, la mayoría lo definió como comunicativo y comprensivo. La opinión a la emergencia es regular. El servicio ofrecido es regular y la calidad del servicio oportuna. El trato por el personal médico es adecuado. El principal problema del trato regular del médico es que es una sola persona para mucha gente. El tiempo de espera fue el aspecto peor catalogado.

Palabras clave: Emergencia, personal médico, espera.

ABSTRACT

In order to determine the perception of the quality of care in the emergency of the Juan Pablo Pina Regional Teaching Hospital, a descriptive, cross-sectional and prospective information study was carried out, with the following results: The sociodemographic data of service users refers to people of productive age, between 39-48 years and 29-38 years, who make up the majority of patients. The female sex is the most frequent, mostly Dominicans, and these people are mostly from the sectors of Las Flores, Los Molinos and Madre Vieja Norte. The majority of the people were of free union, the medical treatment, the majority defined it as communicative and comprehensive. The opinion to the emergency is regular. The service offered is regular and the quality of service timely. The treatment by the medical staff is adequate. The main problem with the regular treatment of the doctor is that he is a single person for many people. The waiting time was the worst aspect cataloged.

Keywords: Emergency, medical staff, wait.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
OBJETIVOS

CAPÍTULO I

I.1 INTRODUCCIÓN

La calidad en salud se define como la capacidad de un producto o servicio de adaptarse a lo que el paciente espera de él.

Las razones básicas para ofertar la calidad es la garantía de obtener el beneficio máximo para el paciente y la rentabilización de los recursos, dado que estos son limitados y la atención muy costosa.¹

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualilatis*, *-atis* y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.²

Esta definición además de proporcionar un significado común, da la pauta para calificar la calidad de cualquier producto o servicio con distintos niveles o grados, con relación a un referente determinado, por ejemplo: mejor; igual, peor, mejor que, etc. Permitiendo llegar más allá de la emisión de un calificativo absoluto de existencia o ausencia de calidad. En cuanto a calidad de la atención en salud, una de las definiciones más reconocidas, es la enunciada por A. Donabedian, quien establece:

“La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.”³

1.1.1 Antecedentes

Se realizó un estudio sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México en el 2016, perspectiva de los usuarios, publicado por Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Lic. en Enf., M.S.P., M. en C., Patricia Nájera-Aguilar, Lic. en Geogr., M. En Geogr., Gustavo Nigenda-López, Biól., M. En Antrop., Ph.D. la cual estuvo a cargo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México y el Centro de Investigación en Salud Poblacional, INSP, México. Donde el objetivo principal fue describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información analizada parte de la Encuesta Nacional de Salud 2

de 1994, que levantó información de 3,324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Como Resultados, Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

Un artículo publicado en Colombia en fecha de septiembre del año 2014 sobre la calidad del sistema de salud basada en un modelo israelí por Marta Cecilia Jaramillo-Mejía, Dov Chernichovsky, Universidad Icesi, Cali, Colombia, su principal objetivo fue contribuir a mejorar la salud en Colombia mediante el desarrollo de un sistema nacional de indicadores de desempeño del sector salud. Para ello se utilizó un análisis descriptivo de datos secundarios de Colombia e Israel que, como Colombia, tiene un modelo de competencia regulada, Israel tiene un sistema sencillo, pero eficaz, que incluye: indicadores de calidad y rendimiento previamente definidos y aceptados a nivel nacional; un mecanismo de supervisión, un proceso de comparación, para establecer buenas prácticas, y un mecanismo de difusión de estas prácticas. El modelo israelí puede ser fácilmente adaptado a Colombia, debido a la similitud de las estructura y a la naturaleza de los dos sistemas.⁴

Se publico una revista médica en julio 2008 sobre percepción de la calidad de atención, por el usuario de consulta externa del centro de salud villa candelaria, Dra. Martha Morales en el cual se planteo La calidad de atención en Salud como una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y una necesidad de quienes requieren de estos servicios.

En toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. El presente estudio tiene como objetivo la evaluación de la percepción del usuario como medio de valoración del Centro de Salud Villa Candelaria desde la percepción de los usuarios.

En ese estudio se aplicó un diseño transversal, descriptivo y cuantitativo. La muestra compuesta de 100 encuestados, de consulta externa entre Octubre, Noviembre y Diciembre 2007. Las dimensiones de análisis son la accesibilidad (tiempos de espera), estructura (comodidades), proceso (relaciones interpersonales) y resultado de la atención médica (satisfacción).

Tiempo de espera prolongado, que en el 95% de los casos supera los 30 minutos de tiempo estándar, 64% de los usuarios se quejaron de tiempos largos de espera. El 58% se quejaron de falta de comodidades. Maltrato en fichaje en un 51%, maltrato en enfermería en 30%.

La calidad de la atención médica fue percibida como buena por el 90% de los encuestados. Satisfacción por el trato recibido en un 73% de los encuestados. Percepción de calidad de atención en un 68%. Las fortalezas encontradas fue la accesibilidad (58%) costo (53%) calidad de atención de los médicos (47%).

Las dimensiones relacionadas con mala calidad fueron los prolongados tiempos de espera (64%), incomodidad (58%) maltrato en enfermería (30%) y fichaje (51%).⁵

I.1.2. Justificación.

En el siguiente estudio deseo demostrar el Nivel de satisfacción en los servicios de salud brindados, a los pacientes que fueron atendidos en el área de emergencia del hospital Juan Pablo Pina. Este estudio es importante porque a través del mismo se establecerán las evidencias la calidad del servicio brindado así como la eficacia del mismo desde el punto de vista del paciente, que muchas veces son quienes aportan las buenas o malas referencias sobre el trato recibido.

La satisfacción es un estado mental de goce por sentir que ya nada se necesita para lograr la plenitud ya sea física o mental.

La percepción de calidad de los servicios médicos brindados, a menudo es calificado por los pacientes como excelentes, buenos o malos, según el grado de conformidad con el trato recibido. Esta información sobre calidad es la que difundirá más adelante sobre el centro, luego que culmine el proceso, por esta razón es tan importante mantener una excelente atención y manejo con el paciente.

Otro factor importante en esta investigación es tener en cuenta que el Hospital Juan Pablo Pina está siendo remodelado, en el momento que transcurría esta investigación, lo que pudo influir en la percepción por parte de los usuarios, además del tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a la emergencia y el inicio de la atención.

Es de suma importancia la detección a tiempo de los casos graves que llegan a la emergencia y que son inmediatamente captados. La pérdida de tiempo en un paciente que se encuentra en estado delicado de salud es grave y este hecho es bien sabido por los familiares que acompañan al enfermo y posteriormente ellos mismos sacan sus conclusiones.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia percepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.⁵

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia, puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el adecuado. La medición de la calidad y la percepción de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes.⁵

Calidad y percepción son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos, que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

Desde el punto de vista del médico (como el exponente principal proveedor de salud) tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que ésta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente.

Se ha determinado que la tarea de medición de calidad es compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo.

Por otro lado, la medición de conceptos abstractos como calidad y percepción de los servicios de salud, necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros.⁵

Es diferente la preparación del hospital para agradar al usuario en su atención, que como él siente que lo atienden expresado en su percepción personal, existen una serie de factores por lo cual nosotros nos hacemos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel calidad en la emergencia del hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina?

I.3 OBJETIVOS

I.3.1. General

Determinar la percepción de la calidad de la atención en la emergencia del hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

I.3.2. Específicos

1. Identificar los parámetros que definen calidad en los usuarios que asisten a la emergencia del hospital.
2. Evaluar percepción de calidad y determinar el área que deben mejorar.
3. Verificar la percepción de los usuarios sobre la calidad de la emergencia y los factores asociados a dicha calidad.
4. Señalar las características de los usuarios que demandan el servicio de emergencia en el hospital; Determinando el nivel de percepción según: edad, sexo, escolaridad y lugar de procedencia.
5. Estimar el tiempo de espera para recibir la atención.
6. Reconocer si el usuario quedó satisfecho con el trato recibido, y la intención del mismo de regresar al centro.

CAPÍTULO II.
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

II.2.1. Percepción

La percepción es la imagen mental que se forma con la ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones; la percepción de los individuos es subjetiva, selectiva y temporal, y se compone de dos tipos de entradas:

Las sensaciones, que son respuestas de los órganos sensoriales a los estímulos externos; la sensibilidad de los individuos a los estímulos dependen de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Se han definido unos umbrales de percepción mínimos y máximo que delimitan la percepción del individuo, y que es útil conocer a la hora de diseñar los anuncios publicitarios.

Los inputs internos que caracterizan a cada persona y que cargan de distintos significado a los estímulos; algunos de ellos son la necesidad, motivación y experiencia.⁶

II.2.2. Proceso de percepción

El proceso de percepción se distingue en tres fases:

Selección: el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan; generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes captando, solo los aspectos agradables a los que responden a sus necesidades e intereses.

Organización: los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje.

Interpretación: esta fase proporciona significación a los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos, de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno.

El planteamiento ecologista de Gibson defiende la teoría de que la percepción es un proceso simple en el estímulo; está la información sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Dicho planteamiento se basa en que las leyes naturales subyacentes en cada persona tiene la clave acerca de la percepción como mecanismo

de supervivencia, por tanto, el sujeto solo percibe aquello que puede aprender y que le es necesario para sobrevivir.

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipado, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.

Se enfatiza en la calidad como categoría indispensable para lograr la satisfacción de quienes brindan o reciben un determinado servicio, así como en los aspectos que deben tenerse en cuenta para garantizar el éxito de la gestión. Para la OMS, la calidad permite asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, con mínimo riesgo y máxima satisfacción.⁷

Las dimensiones de la calidad desempeñan un papel importante en la evaluación de dicho proceso; sin embargo, uno de los problemas principales para la interpretación más acertada de lo que sucede es lograr no solo el análisis de cada una de ellas en un escenario dado, sino entender su interrelación y en qué medida, por ejemplo, un buen resultado se asocia a procesos correctos o una excelente estructura ha desencadenado o no, procesos y resultados de alta calidad. Hasta ahora, parece que no existe certeza de que la excelencia en una dimensión implique lo mismo en las restantes

Es poco frecuente que se realicen estudios intrahospitalarios y entre hospitales con la misma metodología, que permitan comparar varios centros a bajo costo con el propósito de identificar áreas de mejoras.⁸

II.2.3. Definición de calidad

Etimológicamente, la palabra calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El Pequeño Larousse ilustrado define calidad como el conjunto de cualidades de una persona o cosa. En estas definiciones se concibe a la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Veamos algunas definiciones de la calidad según algunos expertos. E. Deming dice: “la calidad es el orgullo de la mano de obra”, entendiendo mano de obra en el más amplio

sentido y agrega que “la calidad se define en términos de quien la valora”. P. Crosby, dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia” y J. Juran define calidad como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” Como podemos apreciar definir calidad no es fácil. En la práctica, tal como lo refiere R. Schonberger, “la calidad es como el arte; todos la alaban, todos la reconocen cuando la ven, pero cada uno tiene su propia definición de lo que es”.

El organismo internacional de normalización ISO (*International Organization for Standardization* / Organización Internacional de Estandarización), en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que entidad es una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso y los elementos que conforman las necesidades son básicamente: seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente.⁹

Garantía de calidad: es un enfoque de gestión de los servicios de salud orientado hacia la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios.¹⁰

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella.

Esto puede explicarse por dos razones: por una parte, la descentralización ineficiente, que obliga a los entes territoriales a asumir, sin ninguna preparación, la atención de programas básicos de salud; por la otra, la implantación del sistema de aseguramiento, que da a la salud un enfoque rentístico que mantiene y reproduce su

inequidad. La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención⁵ oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional.¹¹

Calidez: se refiere al trato cortés, afable y cálido que recibe el usuario al demandar cuidados médicos o atención del servicio de salud.

II.2.4. Concepto de calidad y calidad asistencial

Calidad de los servicios sanitarios.

El concepto de calidad tiene su origen en procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de -calidad total- como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intenta movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejoras continuas de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al mejor coste.

Juran define la calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa, de que necesidades y expectativas previstas que sean satisfechas por el producto a evaluar. (Juran, 1990).

Deming define la calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para Ishikawa el concepto de calidad es muy parecido, ya que la calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de éste producto o servicio (Deming, 1983).

La American Society for Quality Control, define la calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigida a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de norma de ISO (ISOO90042) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer la necesidad que se conoce o presupone. Hasta aquí hemos visto lo que es calidad en el campo industrial.

Sobre el concepto de calidad.

Con el transcurso del tiempo, el término calidad ha tenido varias acepciones, dependiendo de las perspectivas que use y las distintas circunstancias en la que se ha utilizado.

Puesto que con cada una de ellas se busca la forma de definir una filosofía de acción y de mejoras continuas, teniendo como finalidad el cumplimiento de estándares para la realización de procesos más efectivos para la debida obtención de servicios y productos que satisfagan las necesidades del consumidor final, que es el paciente.

Para algunos es un término complejo, ya que no siempre tendrá el mismo significado para todos. Lo que regularmente está asociado al uso, para otros va estar supeditado al precio, y las condiciones más efectivas al cumplimiento con los requisitos o especificaciones demandados por los pacientes en todas las circunstancias. (Deming, 1983).

Ambigüedad en el concepto.

El concepto de calidad puede crear ciertos niveles de confusión y de ambigüedad ya que no para todas las personas significa lo mismo, y podemos apreciar que en circunstancias diferentes pueden interpretarse de manera diferente. Podemos decir que más comúnmente se utiliza para referirse a (Williams, 2008):

- Utilidad
- Costo
- Libre de defectos
- Cumplimiento con los requisitos mayores ganancias
- Atributos
- Satisfacción del cliente.

Su utilización se inicia en el campo de la gestión privada y sus primeras acepciones estaban usualmente apegadas, en una primera etapa, a la conformidad, uso y costo. Al hablar de calidad se podía pensar en artículos elaborados, libres de errores cometidos por máquinas y humanos, que luego se transferían al producto como defectos, algo desagradable tanto para el cliente como para el producto.

Definida por su adecuación al uso

Una de las definiciones de calidad más aceptada es aquella que supone que la calidad se determina de acuerdo con lo que el cliente desea. Según sus necesidades y deseos, obliga a ver el concepto de calidad como adecuación al uso que dará al producto o servicio. El mayor precursor fue el consultor del siglo 20, Joseph Juran, quien afirma que el usuario evalúa aquellas características del producto que le van a beneficiar.

En el marco de la política nacional de calidad, se define calidad como "el grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a la población, incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible y son consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos, resultando satisfactorios para los usuarios internos y externos".

El tema relativo a la calidad de los servicios de salud, conjuntamente con el logro de la equidad, igualmente que la eficiencia, sostenibilidad y participación social, han sido considerado uno de los principios rectores de las reformas sectoriales afirmando las discusiones y recomendaciones sugeridas por los expertos mundiales, en las diferentes reformas sanitarias aprobadas para un verdadero desarrollo humano sostenible.

Las distintas evaluaciones de la problemática de salud relacionadas con la calidad, se abordan desde diversos aspectos en la literatura médica nacional e internacional permitiendo caracterizarlas. Concluyendo con la afirmación de que: los problemas de salud del país no están estrictamente relacionados con la cobertura, sino con la calidad y la efectividad de las intervenciones, muy particularmente aquellos aspectos comprometidos con la gestión de todo el sistema para desarrollar un modelo de atención en donde los recursos disponibles estén orientados hacia la curación, más que a la prevención, ya que la participación ciudadana en materia de salud en este país está muy limitada.

II.2.5. Calidad en el sector salud.

La calidad, como atributo esencial de los servicios prestados es el elemento vertebrado del Sistema sanitario. Las acciones diseñadas para su mejora continua pretenden abarcar todas sus facetas, la garantía de la calidad; de los procesos asistenciales; la disfunción de las preocupación por la calidad; la implicación activa de

los profesionales; la promoción de la mejora de la calidad percibida por el paciente de la asistencia; la información y el trato recibido.

El concepto de seguridad de los pacientes, como un componente clave de la calidad, forma parte hoy en día de las estrategias de la calidad de muchos países. La seguridad es el principio fundamental de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad.

En un estudio realizado en la emergencia del Hospital Luis Eduardo Aybar en el que el 94, 6% de los pacientes, estuvo satisfecho con el servicio recibido, muestra la importancia de trabajar la calidad en el sector salud (Braunwald, Hauser y Jmason, 2008).

Unos de los papeles claves que desempeña el médico en su asistencia profesional es de actual como agente o abogado del paciente, para garantizar que la asistencia que reciba tenga un nivel alto de calidad; los factores que influyen en este aspecto son los conocimientos, la capacitación, y la experiencia del médico (Rodríguez, 2007).

En el sector salud se utilizan habitualmente 4 palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario, estas son: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia; cuando la prestación de servicio se realiza con equidad, esto es dar más a quien más necesita, garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodología y tecnología adecuada, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuado, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, se puede decir sin duda que esto constituye calidad de los servicios de salud.

Otro aspecto de relevancia en cuanto a la calidad en el sector salud es el tiempo que se tiene que esperar antes de recibir los servicios, ya que después de cierto tiempo de espera, empieza la desesperación del paciente e inmediatamente se comienza a distorsionar la percepción sobre la calidad, se molesta el paciente y se predispone, aun antes de recibir el servicio, de aquí la sociedad española de medicina familiar y comunitaria, un estudio que revela una media en el tiempo de espera de 16 minutos por citas concertadas. Lo cual podría servir de metas a otros centros, pues este es un tiempo prudente de espera para recibir la atención aunque este tiempo puede mejorar.¹²

II.2.6. Garantía de calidad en la atención de salud.

El mejoramiento de la calidad ha evolucionado durante los años para llegar a las ideas que se presentan en este documento; las personas dedicadas a mejorar la calidad, aprendieron que el aumento de los recursos no siempre asegura su uso eficiente y, por consiguiente puede no redundar en un mejoramiento de la calidad.¹³

II.2.7. Plan de garantía de calidad en la República Dominicana

A continuación se presentan los acápites que el plan nacional de garantía de calidad presenta, que son los siguientes:

Establecer políticas y estrategia nacional de calidad, involucrando todos los actores, para garantizar la conducción de todo los niveles del sector salud, en el mejoramiento continuo de la calidad.

Conducción del sistema de garantía de calidad a través de establecimientos en el nivel central de un esquema estructural común: estrategias, visión, valores, documentación de procesos, procedimiento de revisión de procesos estándares, evaluación de resultados, satisfacción del usuario y el apoyo a las iniciativas de mejoras continuas, desarrolladas por los centros de salud y los programas de salud colectivos. Regulación del sistema nacional de salud, documentando la normativa de la cartera de servicio por proceso asistenciales, formulación de normas y protocolos de atención, priorizando las concernientes a primer nivel de atención.

Expandir el proceso de habilitación y acreditación de establecimientos y servicios de salud, así como mantener los estándares que preservan la seguridad de los medicamentos, dispositivos médicos y otros productos relacionados que preserven la seguridad de las intervenciones clínicas ambientales.

Implementar el sistema de monitoreo y evaluación de cumplimiento de la normativas en todo el sistema de salud, mediante el establecimiento de mecanismos de vigilancia de buenas prácticas clínicas de los servicios de salud, sistematización de los procesos de auditorías de muertes y casos de eventos trazadores como base para la toma de decisiones.¹⁴

II.2.8. Desafío de la calidad en las organizaciones de salud

En los últimos años surgió en los Estados Unidos una serie de movimientos para mejorar la calidad de los procesos con sus productos industriales mediante varios métodos. La competencia de los mercados europeos y asiáticos llevo a este país a establecer incentivos para el control de la calidad de sus productos. El sector de la salud de ese país incorporo rápidamente esta preocupación por la calidad de los procesos y paso a considerar el modelo industrial como un nuevo componente de los programas de la evolución de la calidad y el mejoramiento de la salud. Poco a poco en los últimos años estos mismos incentivos industriales fomentaron el establecimiento de una abundancia excesiva de los enfoques en los Estados Unidos, que en lugar de aclarar las cuestiones, muchas las confunden para el sector de la salud por la variedad de conceptos sobre cuestiones de calidad o iniciativas de calidad debido a la coexistencia de una infinidad de programas, pautas y/o protocolos diferentes.¹⁵

II.2.9. Componentes de la calidad

Componentes de la calidad, la investigación y las actividades de la evaluación relacionada con la calidad de asistencia sanitaria, pueden o deben basarse en las siguientes variables:

Efectividad: el grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.

Eficiencia: relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.

Adecuación: relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Esto tiene un componente numérico (cantidad de servicio en relación con las necesidades) y un componente de distribución, (disponibilidad del servicio en cada zona y por subgrupos poblacionales)

Accesibilidad: es la posibilidad de que un usuario tenga los servicios que necesita, en el hogar y momento en que los necesita, en suficiente cantidad y aun costo razonable. Este componente está estrechamente ligado al de distribución y puede conceptualmente ser distribuido en ella.¹⁶

Calidad científico - técnica: Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación del conocimiento y tecnología médica disponible actualmente.

Continuidad: se refiere a la atención del usuario con un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Este componente puede incluirse en la calidad científica técnica.

Satisfacción del usuario y del prestador: se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención (Moreno et al, 2013).

II.2.10. Caracterización a partir de servicios producidos y su alto impacto en la salud de la población.

En consonancia con los datos aportados por los estudios realizados, los problemas de calidad en salud pueden catalogarse en 8 grandes grupos que concentran los aspectos más relevantes, estudiados y fundamentados en diversas fuentes y tratados, y siendo analizados desde diferentes enfoques, demostrándose como afecta la calidad de los servicios, productos y aquellas áreas de alto impacto para la salud de la población:

- a) Problemas relacionados con la calidad de la atención en las entidades proveedoras públicas, privadas y mixtas.
- b) Problemas con la calidad y la seguridad de medicamentos, los alimentos, el agua, el agua industrializada y la tecnología sanitaria.
- c) Problemas relativos al financiamiento para la calidad de la salud.
- d) Problemas con la dotación, formación y desempeño de los recursos humanos en salud.
- e) Problemas relacionados con las fuentes, los sistemas de suministros y el uso del agua que afectan la calidad del agua para consumo humano.
- f) Problema relacionado con la disposición de derechos en los ámbitos domésticos y en las instituciones proveedoras de salud.
- g) Problemas relacionados con la vigilancia y la participación de la comunidad en la calidad de provisión de servicios y productos de salud.
- h) Problemas relacionados con el sistema de información, monitoreo y evaluación de calidad en salud.

II.2.11. Problemas relacionados con la calidad de la atención de las entidades proveedoras.

El plan decenal de salud –PLANDES-2006-2015 expresa que las deficiencias gerenciales del sistema se observa en la baja eficiencia, productividad y calidad de los servicios, en las dificultades encontradas para el desarrollo de la carrera sanitaria y en una limitada disponibilidad de información, así como en la poca utilización de las existentes, para la toma de decisiones y para hacer más transparente la gestión.¹⁷

Definición de usuario: Según El Diccionario de la Real Academia Española, dice que usuario es quien usa ordinariamente una cosa.¹⁸

Usuario de salud: Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

II.3. Normas de Calidad en Salud de la República Dominicana

La necesidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y afines y la redefinición de las funciones de MISPAS como ente rector del sector salud han generado, estas acciones y otras similares para normalizar las condiciones en que funcionan los establecimientos, que de manera cotidiana brindan servicios en un área, de importancia, estratégica, para el desarrollo social y económico de la República Dominicana.

Siendo esta la norma nacional de habilitación y funcionamiento de consultorio, explica los requisitos mínimos que necesita toda emergencia, a fin de dar un servicio de calidad en los que el paciente se sienta satisfecho del servicio recibido.¹⁹

En el marco de la Política Nacional de Calidad, define la calidad como "el grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a la población, incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible y son consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos, resultando satisfactorios para los usuarios internos y externos".

Atributos prioritarios de la calidad

Los atributos de la calidad definidos como prioritarios en el marco de la Política de Calidad en Salud son los siguientes:

Oportunidad: Grado en el cual los individuos y la población reciben los servicios sin retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Pertinencia: Grado en el cual los individuos y la población acceden a los servicios que requieren, de conformidad con normas, protocolos, procedimientos y guías basadas en el perfil epidemiológico y la evidencia científica.

Continuidad: Grado en el cual los individuos y la población reciben los servicios, sin interrupciones que pongan en riesgo su vida y su salud.

Eficacia: Grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a la población, conducen a los resultados esperados.

Seguridad: Grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a la población, no generan eventos adversos prevenibles, entendidos como el daño atribuible a la atención en salud, derivado de acciones u omisiones en cualquiera de las actividades directas a la población o personas (fallas activas) o administrativas (fallas latentes) del proceso de atención.

Garantía de Calidad

El concepto de garantía de calidad de la salud es entendida como el compromiso del Sistema Nacional de Salud de mantener la calidad de los procesos de gestión orientados a la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud y vinculado con aspectos técnicos, con efectividad y eficiencia, así como con calidez, accesibilidad y comodidad.

El objetivo de la garantía de calidad es asegurar a la población la calidad de los alimentos, de los medicamentos, del agua industrializada, de la tecnología y la atención de salud brindada por las instituciones y actores del Sistema Nacional de Salud, como parte de la gestión orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los atributos priorizados, contemplando el ciclo administrativo de planeación, control, aseguramiento, mejora de la calidad y evaluación de la calidad.

La garantía de calidad en el Sistema Nacional de Salud, implica un cambio total en la forma de hacer las cosas en la cultura organizacional del sistema de salud, arraigando un conjunto de valores, necesidades, expectativas, creencias, políticas, normas aceptadas y practicadas por la organización.²⁰

CAPÍTULO III
VARIABLES
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

III.1.- VARIABLES

Variable dependiente

Nivel de calidad

Variables independientes

Percepción

Edad

Sexo

Nacionalidad

Procedencia

Estado Civil

Nivel educativo

Tipo de usuario

Calidad

Satisfacción de la atención médica

Valoración del tiempo de espera

III.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Percepción	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.	- Excelente - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo	Ordinal
Calidad	Capacidad de satisfacer necesidades	- Excelente - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo	Ordinal
Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en años cumplidos.	Cantidad de años cumplidos	Nominal
Sexo	Genero del individuo	Masculino Femenino	Nominal
Nacionalidad	País de origen al cual pertenece el paciente	Dominicano Extranjero (país)	Nominal
Procedencia	Lugar desde donde viene el individuo	-Rural -Urbano	Nominal
Estado Civil	Situación conyugal en la que se encuentra el paciente	Soltero Casado Unión libre Otro	Nominal
Nivel educativo	Ultimo Grado De Estudios Aprobado	Analfabeto Técnico Primarios Secundarios Universitario	Ordinal
Tipo de usuario	Persona que demanda el servicio	Asegurado No asegurado	Ordinal
Satisfacción de la atención médica	Percepción de bienestar o sentir que se tiene cuando se ha cubierto una necesidad.	- Excelente - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo	Ordinal
Valoración del tiempo de espera	Reconocimiento de un valor del tiempo en que se espera por un servicio	- Excelente - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo	Ordinal

III.3 DISEÑO METODOLÓGICO

III.3.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y de fuente prospectiva de información.

III.3.2 .Demarcación geográfica:

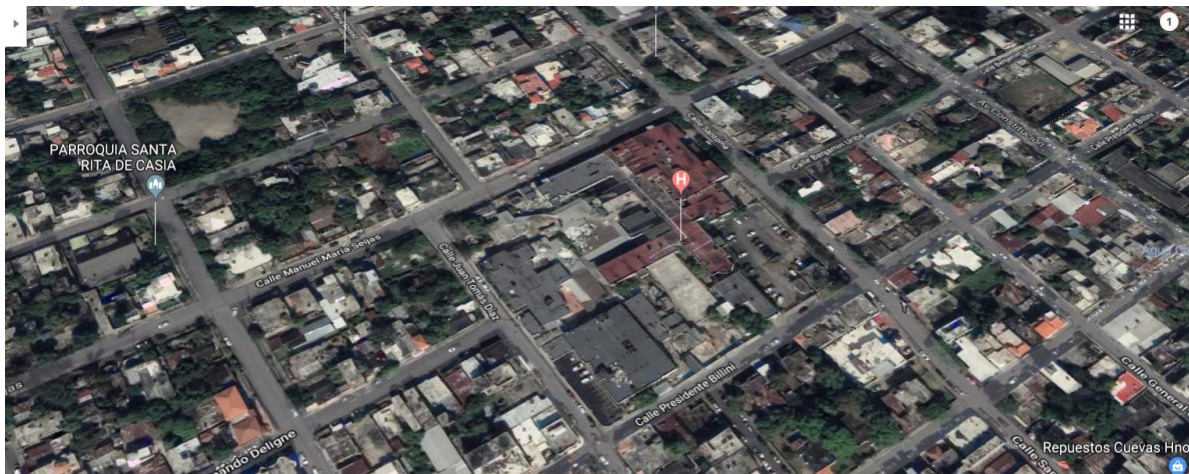
La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, situado en la provincia San Cristóbal, R.D. Es un hospital docente del Tercer Nivel de Atención en salud; delimitado al:

Este: Calle presidente Billini

Oeste: Calle Manuel María Seijas

Norte: Calle Santomé

Sur: Calle Juan Tomás Díaz



Vista aérea Hospital Docente Juan Pablo Pina (fuente: Goglemaps).

III.3.3. Universo

El universo estuvo constituido por aquellos usuarios atendidos en la emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina durante el mes de Julio del año 2018.

III.3.4. Muestra

Estuvo conformada por un total de 142 usuarios elegidos al azar, que asistieron al servicio de emergencia durante el mes de julio del año 2018.

III.3.5. Criterios de inclusión

- Pacientes que voluntariamente decidieron participar en la investigación.

III.3.6. Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en la encuesta.
- Pacientes cuyo estado no les permitió responder las preguntas.

III.3.7. Procedimiento para la recolección información

Se elaboró un cuestionario en función de los objetivos y variables, que se le aplicó a los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital Juan Pablo Pina. Se les invitó a dichos usuarios a firmar un consentimiento informado en el cual se les indicó de qué trataría la investigación y que los resultados serían solo para fines científicos.

La información obtenida fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS (Special Package for Social Sciences), y los gráficos fueron elaborados utilizando el programa Microsoft Office Word 2013, Microsoft Office Excel 2013.

Se presentaron los resultados en tablas y gráficos para mejor comprensión.

III.3.8. Aspectos éticos

La confidencialidad de los datos de los pacientes ha sido garantizada bajo las normas bioética. Los resultados de la presente investigación son utilizados única y exclusivamente para fines científicos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²³ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁴

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos a los usuarios de la emergencia del hospital. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en la presente tesis de postgrado, tomada de otros autores, ha sido justificada por su cita correspondiente.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

IV.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

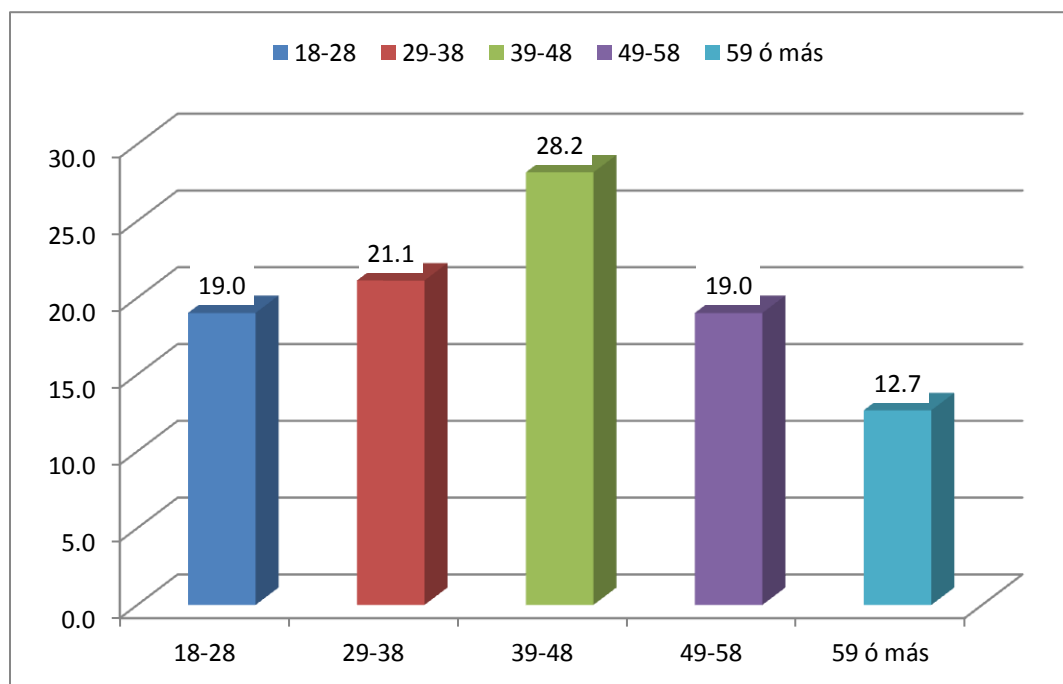
Tabla 1.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, julio 2018. Según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-28	27	19.0
29-38	30	21.1
39-48	40	28.2
49-58	27	19.0
59 ó más	18	12.7
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según la edad el 28.2 por ciento tienen edades entre 39-48 años, el 21.1 por ciento entre 29-38 años, el 19.0 por ciento entre 18-28 años, el 19.0 entre 49-58 años y el 12.7 por ciento 59 años o más.

Gráfico 1.-



Fuente: Tabla 1

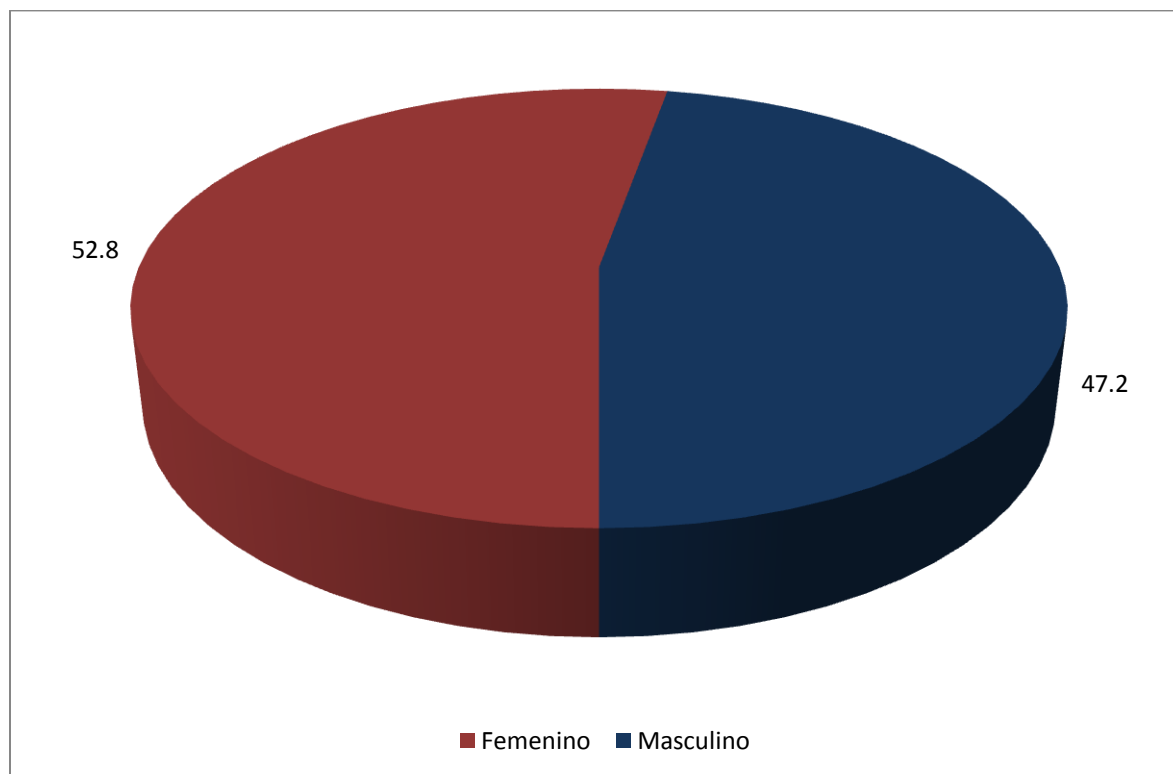
Tabla 2.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina. Según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	67	47.2
Femenino	75	52.8
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según el sexo el 52.8 por ciento de los usuarios corresponden al sexo femenino, y el 47.2 por ciento son masculino.

Gráfico 2.-



Fuente: Tabla 2

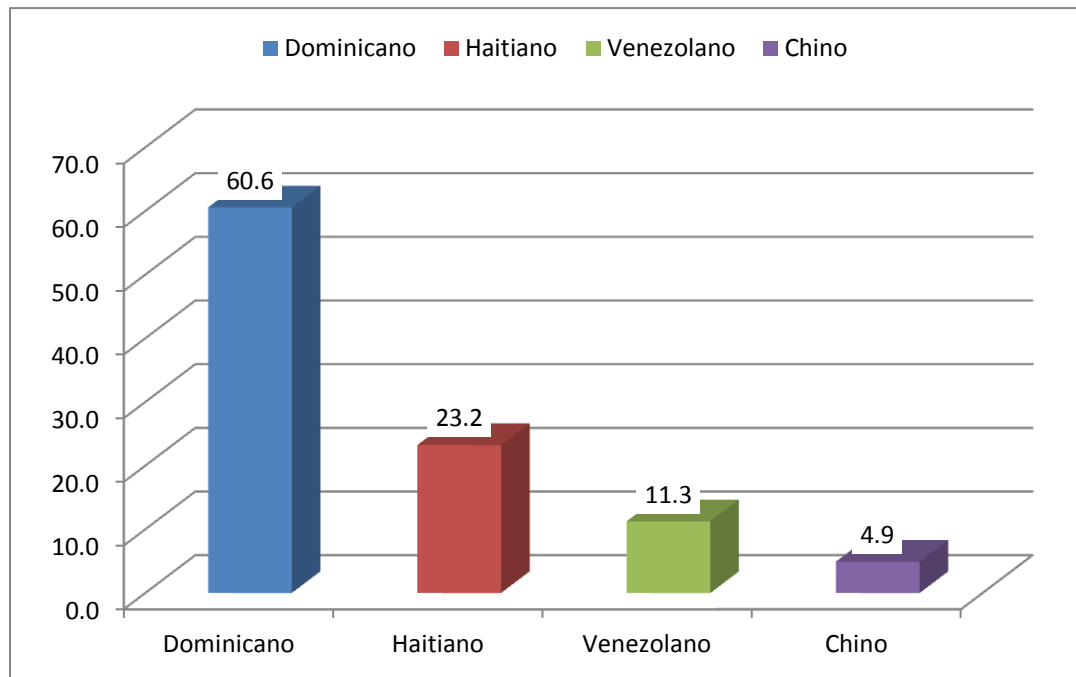
Tabla 3.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina. Según la nacionalidad

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Dominicano	86	60.6
Haitiano	33	23.2
Venezolano	16	11.3
Chino	7	4.9
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según la nacionalidad el 60.6 por ciento corresponden a dominicanos, el 23.2 por ciento haitiano, el 11.3 por ciento a venezolanos y el 4.9 por ciento a chino.

Gráfico 3.-



Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Entrevista en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, según procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	79	55.6
Rural	63	44.4
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 4. Entrevista en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, según procedencia

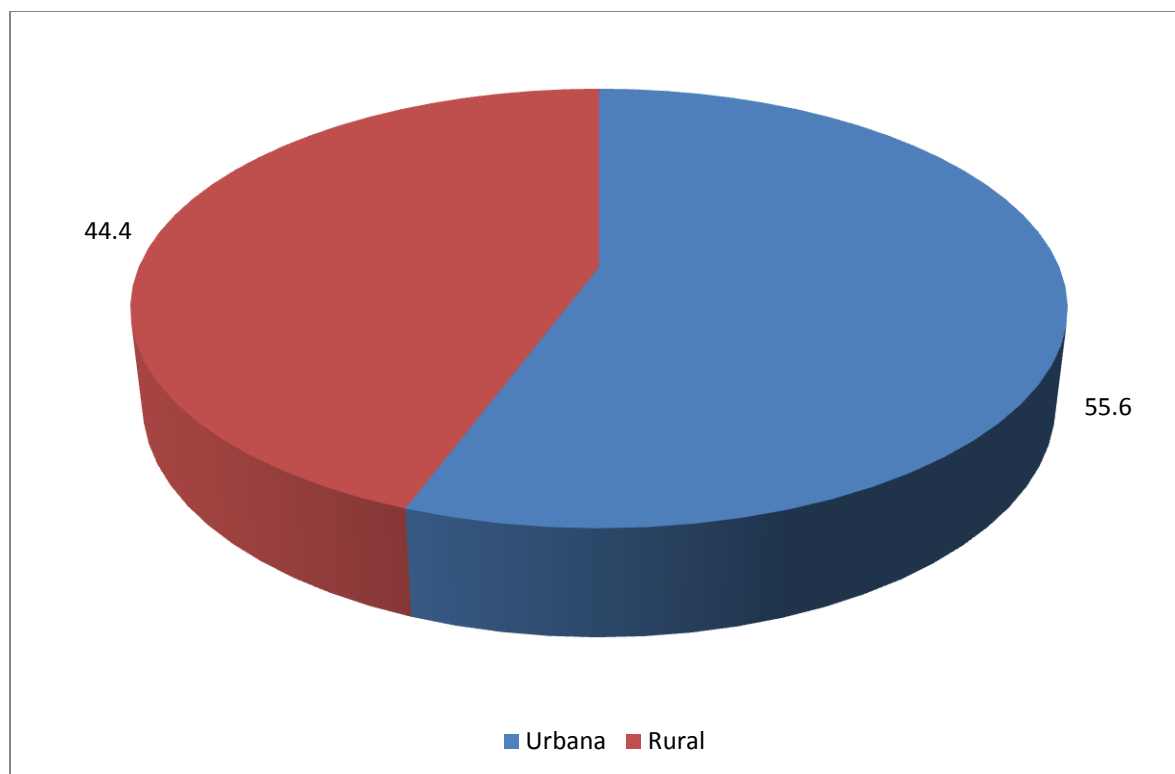


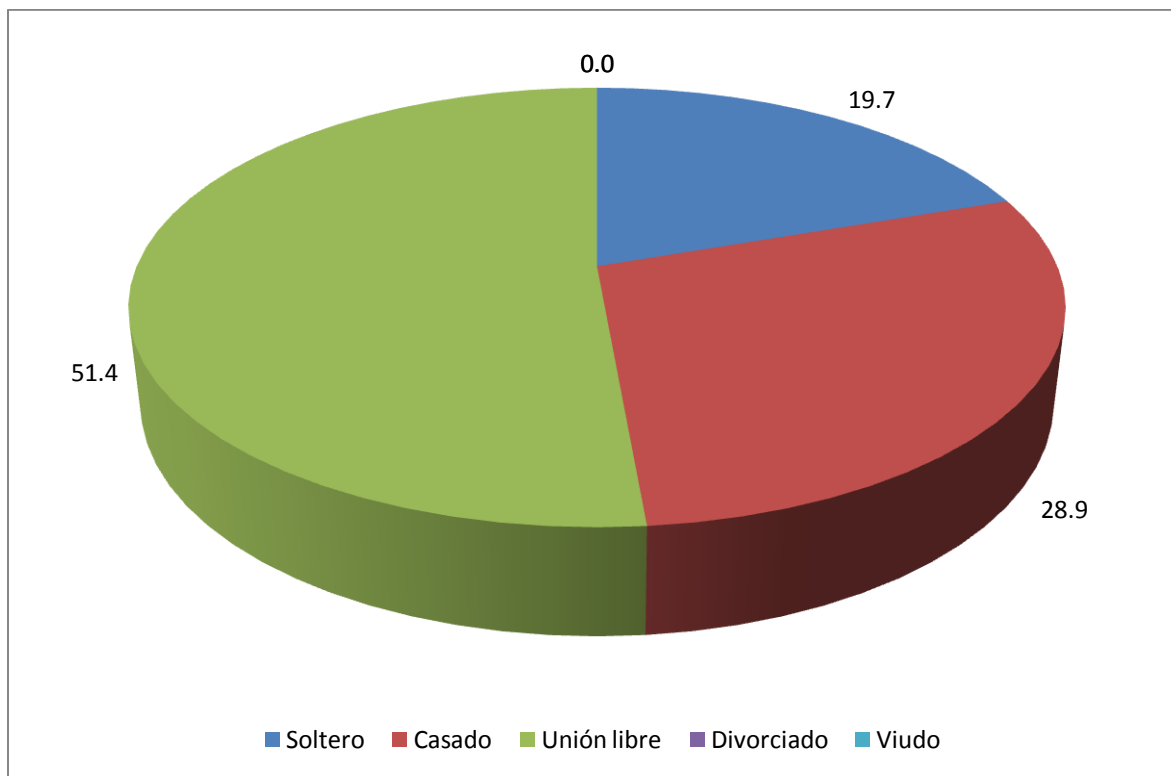
Tabla 5.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, san cristobal, julio 2018. Según el estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión libre	73	51.4
Casado	41	28.9
Soltero	28	19.7
Divorciado	0	0.0
Viudo	0	0.0
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según el estado civil el 51.4 por ciento correspondían a unión libre, el 28.9 por ciento casado, el 19.7 por ciento soltero y 0 por ciento para viudo y divorciado.

Gráfico 5.-



Fuente: Tabla 5

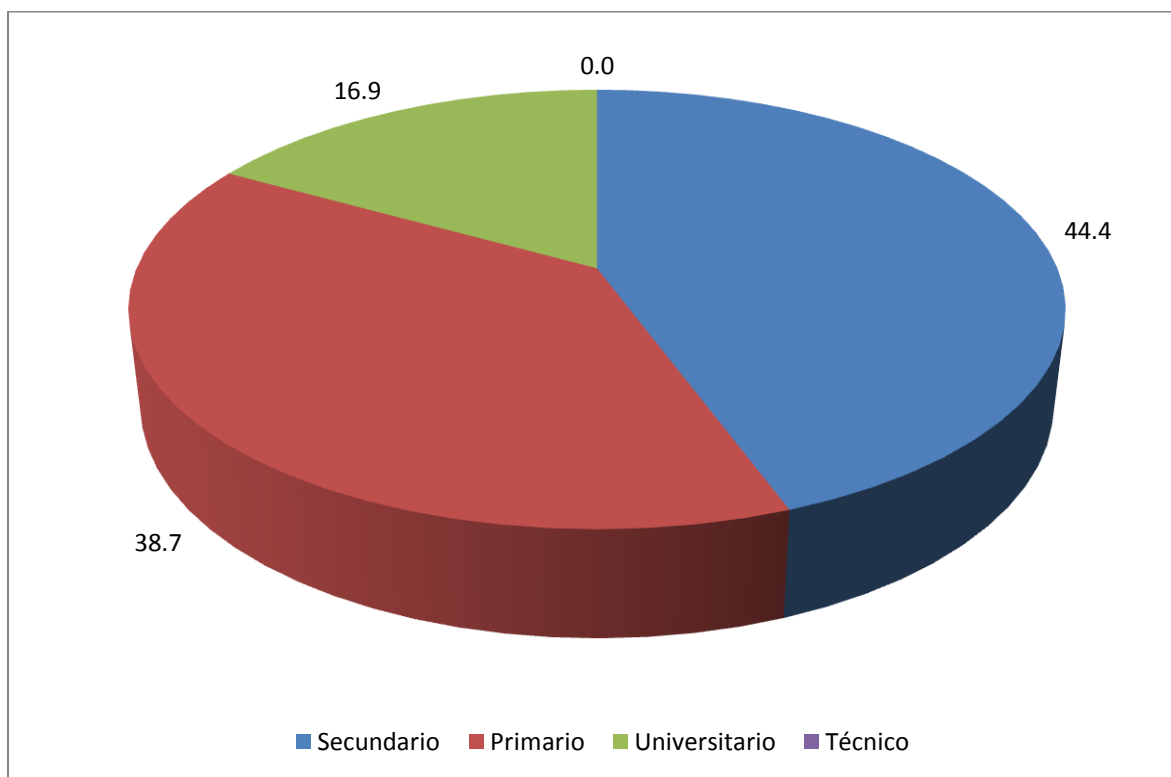
Tabla 6.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, san cristobal, julio 2018.

Nivel Académico	Frecuencia	Porcentaje
Primario	55	38.7
Secundario	63	44.4
Universitario	24	16.9
Técnico	0	0.0
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según el nivel académico el 44.4 por ciento corresponden al nivel secundario, el 38.7 por ciento al nivel primario, el 16.9 por ciento universitario, 0 por ciento al nivel técnico.

Gráfico 6.-



Fuente: Tabla 6

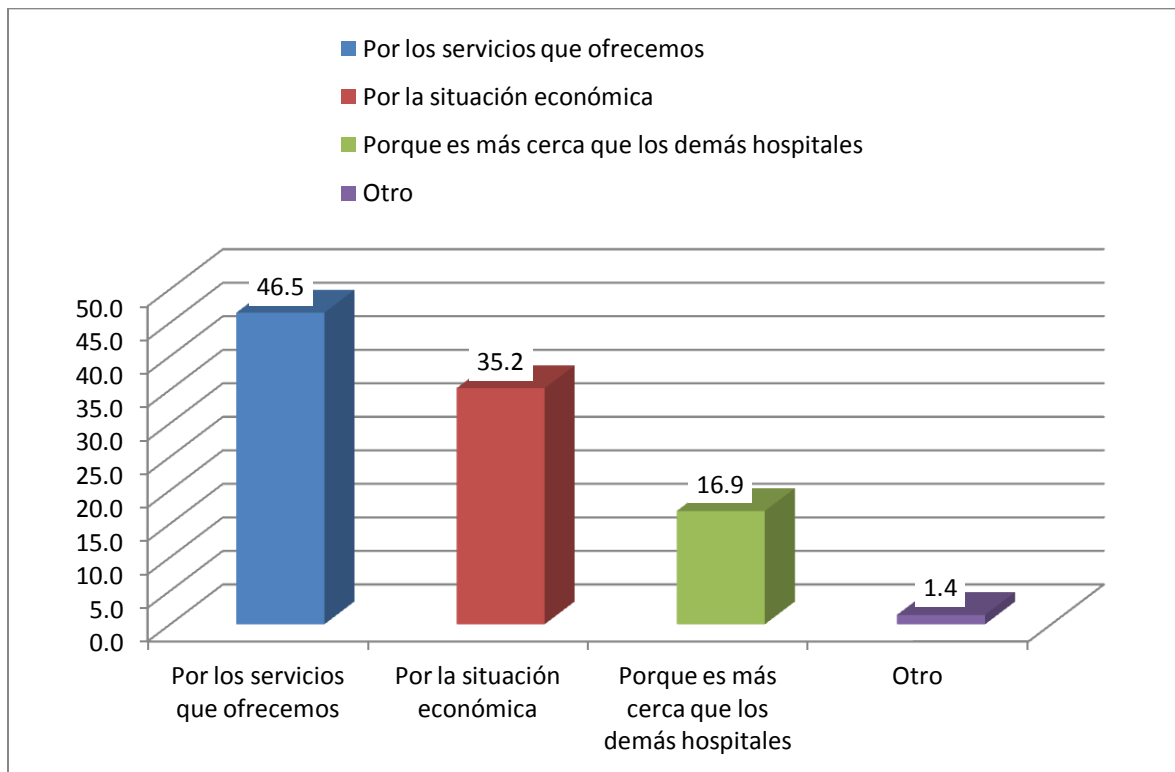
Tabla 7.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, san Cristóbal, julio 2018. Según las razones por la que visitan el centro.

Por qué viene al centro	Frecuencia	Porcentaje
Por los servicios que ofrecemos	66	46.5
Por la situación económica	50	35.2
Porque es más cerca que los demás hospitales	24	16.9
Otro	2	1.4
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según las razones por la que visitan el centro el 46.5 por ciento refiere que por los servicios que ofrecen, el 35.2 por ciento por la situación económica, el 16.9 por ciento por la cercanía.

Gráfico 7.-



Fuente: Tabla 7

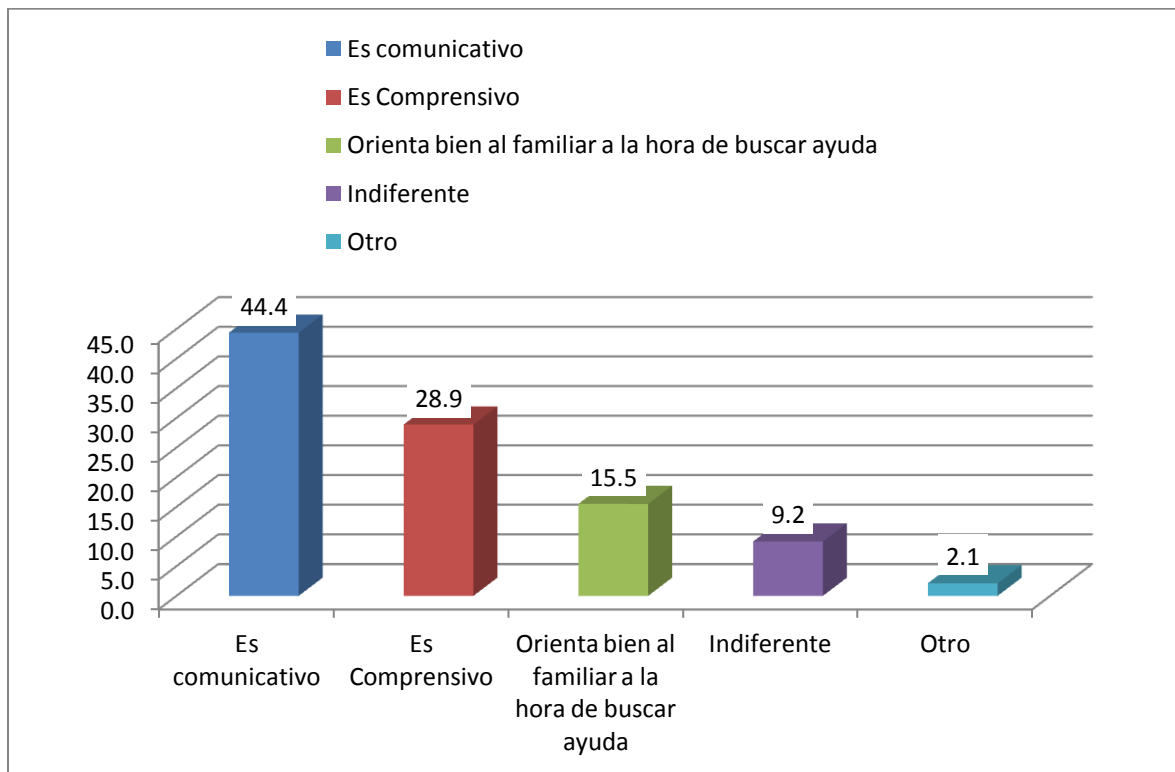
Tabla 8.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, san Cristóbal, julio 2018. Según el trato del medico con los familiares.

Trato del médico con los familiares del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Es comunicativo	63	44.4
Es Comprensivo	41	28.9
Orienta bien al familiar a la hora de buscar ayuda	22	15.5
Indiferente	13	9.2
Otro	3	2.1
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según el trato del médico con los familiares el 44.4 por ciento refería que es comunicativo, el 28.9 por ciento comprensivo, el 15.5 por ciento que orienta al familiar, el 9.2 por ciento refirió que es indiferente y el 2.1 por ciento otra opinión.

Gráfico 8.-



Fuente: Tabla 8

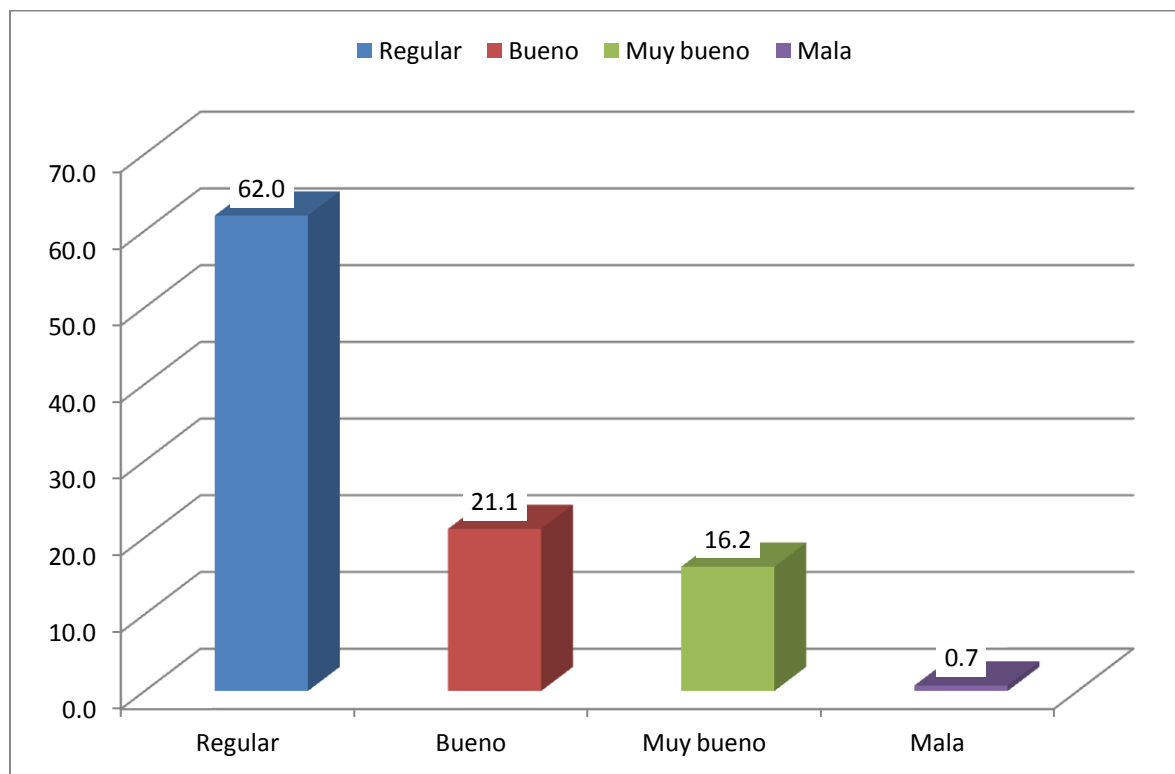
Tabla 9.- Opinión de los entrevistados en relación a la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Opinión en relación a la emergencia del hospital	Frecuencia	Porcentaje
Regular	88	62.0
Bueno	30	21.1
Muy bueno	23	16.2
Mala	1	0.7
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según la opinión en relación a la emergencia el 62.0 por ciento es regular, el 21.1 por ciento es bueno, el 16.2 por ciento muy bueno y 0.7 por ciento mala.

Gráfico 9.-



Fuente: Tabla 9

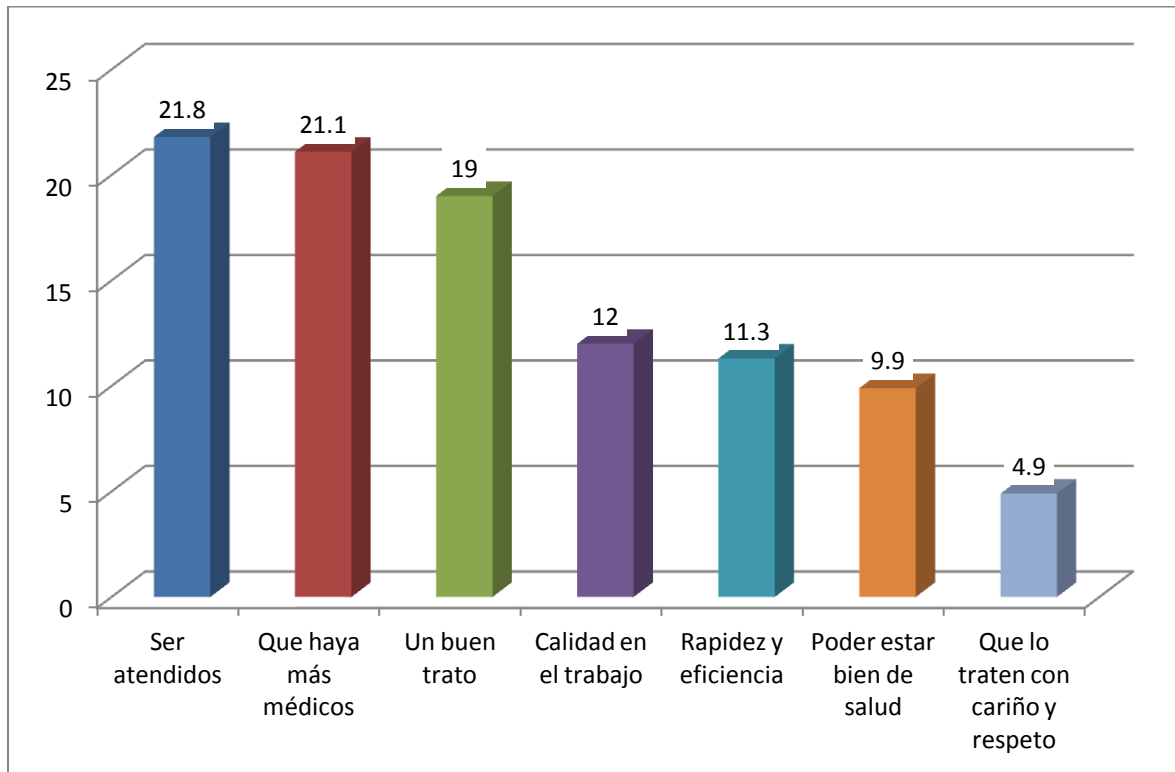
Tabla 10.- Entrevista a los usuarios de la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina, san Cristóbal, julio 2018. Según lo que esperan.

Que esperan los pacientes de los médicos de emergencia	Frecuencia	Porcentaje
Ser atendidos	31	21.8
Que haya más médicos	30	21.1
Un buen trato	27	19.0
Calidad en el trabajo	17	12.0
Rapidez y eficiencia	16	11.3
Poder estar bien de salud	14	9.9
Que lo traten con cariño y respeto	7	4.9
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según lo que esperan los usuarios el 21.8 por ciento ser atendidos, el 21.1 por ciento que haya más médicos, el 19.0 por ciento un buen trato, el 12.0 calidad en el trabajo, el 11.3 por ciento rapidez y eficiencia, el 9.9 por ciento poder estar bien de salud y el 4.9 por ciento que lo traten con cariño y respeto.

Gráfico 10.-



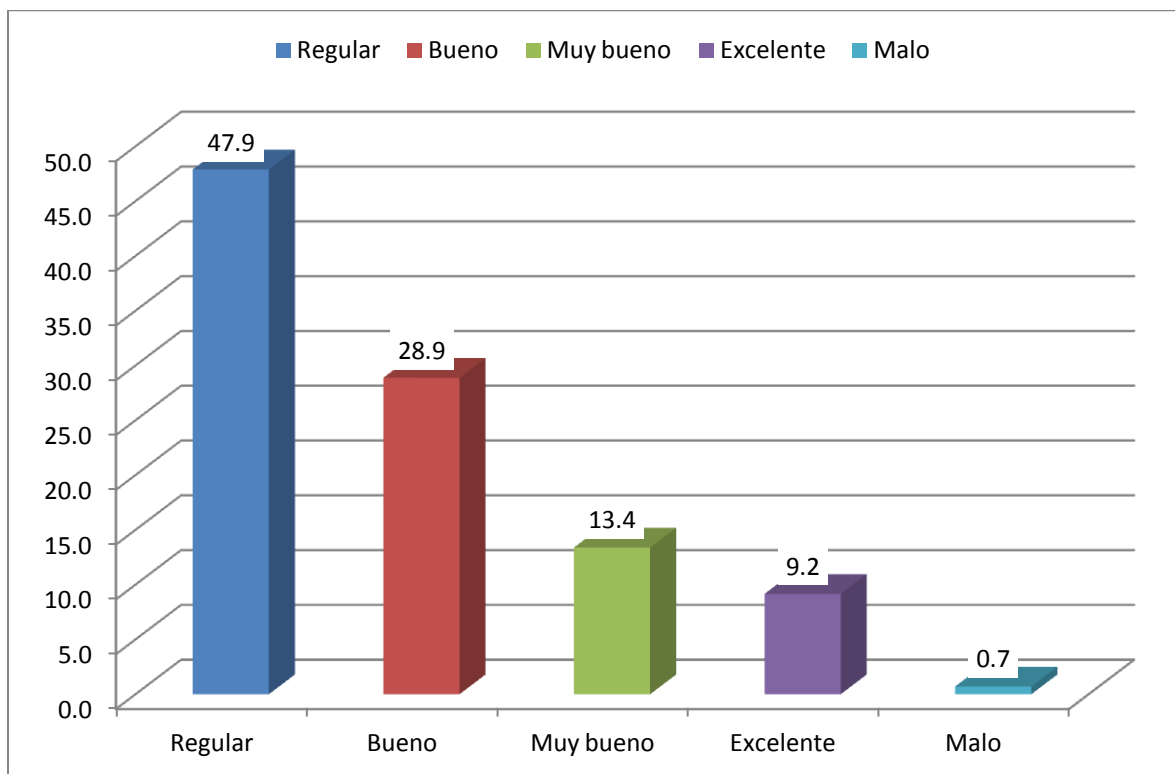
Fuente: Tabla 10

Tabla 11.- Calidad del servicio según los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Servicio que se ofrece	Frecuencia	Porcentaje
Regular	68	47.9
Bueno	41	28.9
Muy bueno	19	13.4
Excelente	13	9.2
Malo	1	0.7
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 11.-



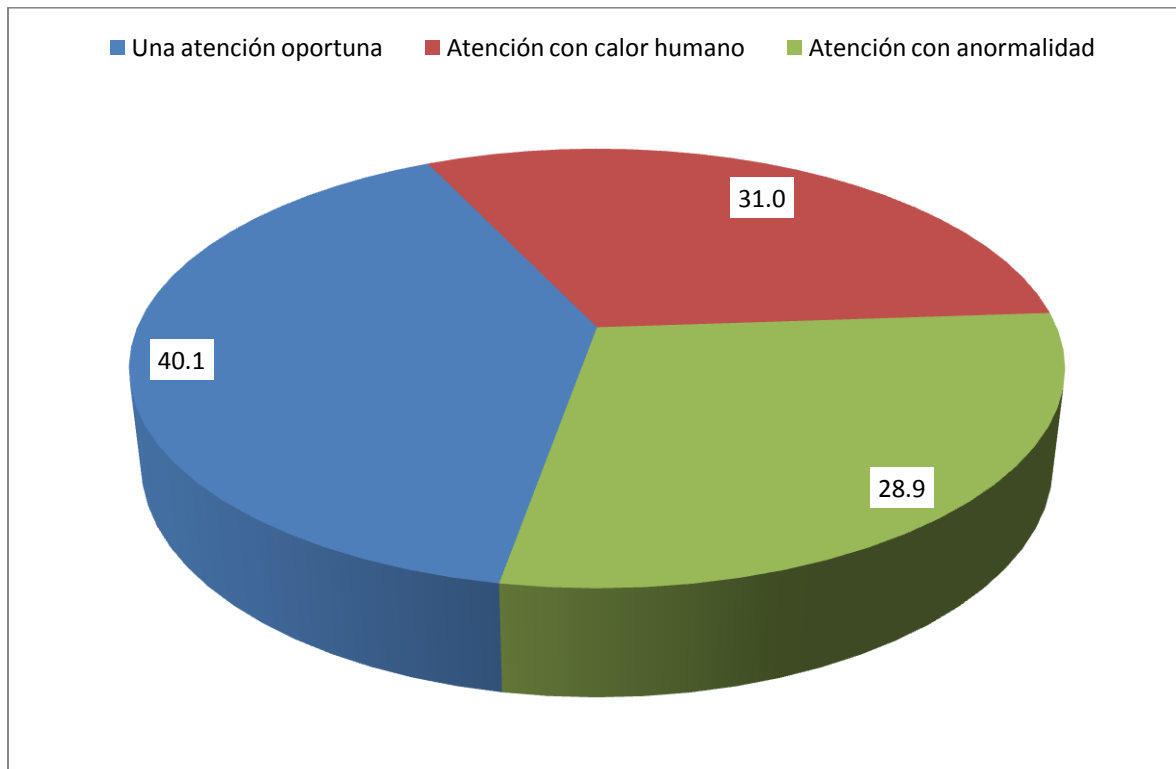
Fuente: Tabla 11

Tabla 12.- Calidad de la atención según los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Calidad del servicio	Frecuencia	Porcentaje
Una atención oportuna	57	40.1
Atención con calor humano	44	31.0
Atención con anormalidad	41	28.9
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 12.-



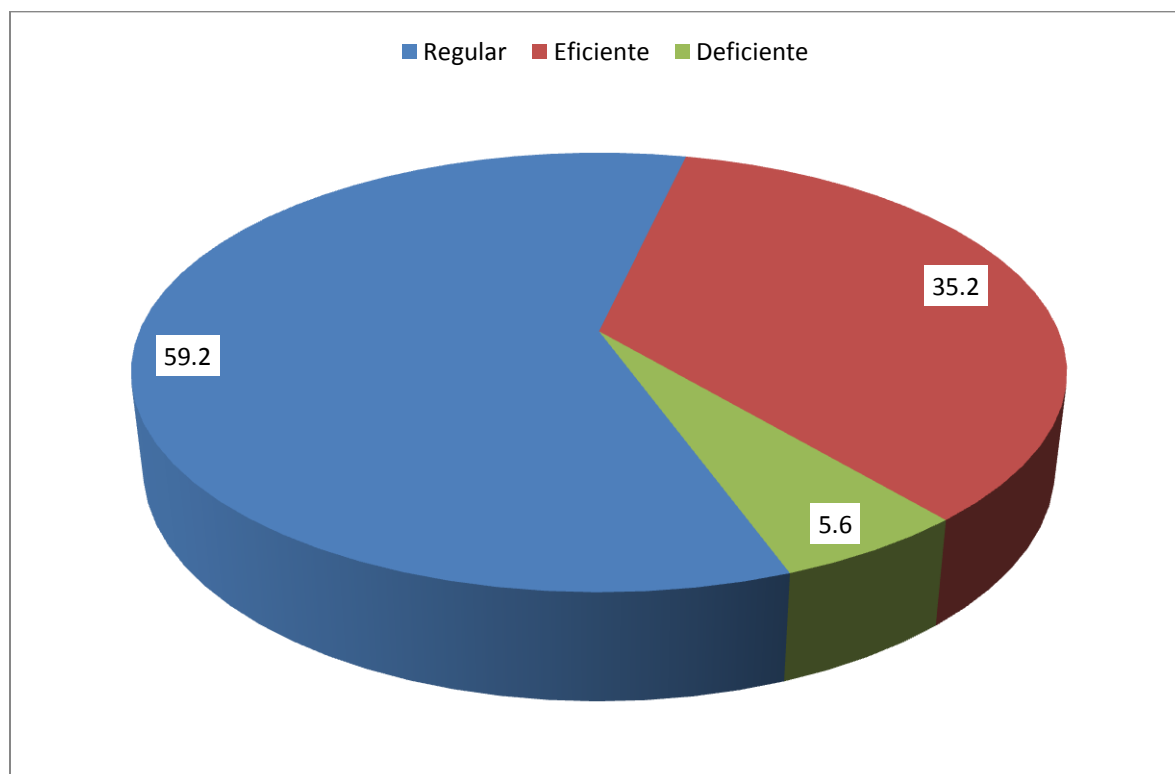
Fuente: Tabla 12

Tabla 13- Trato recibido por los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional
Docente Universitario Juan Pablo Pina.

El trato de los médicos con los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Regular	84	59.2
Eficiente	50	35.2
Deficiente	8	5.6
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 13.-



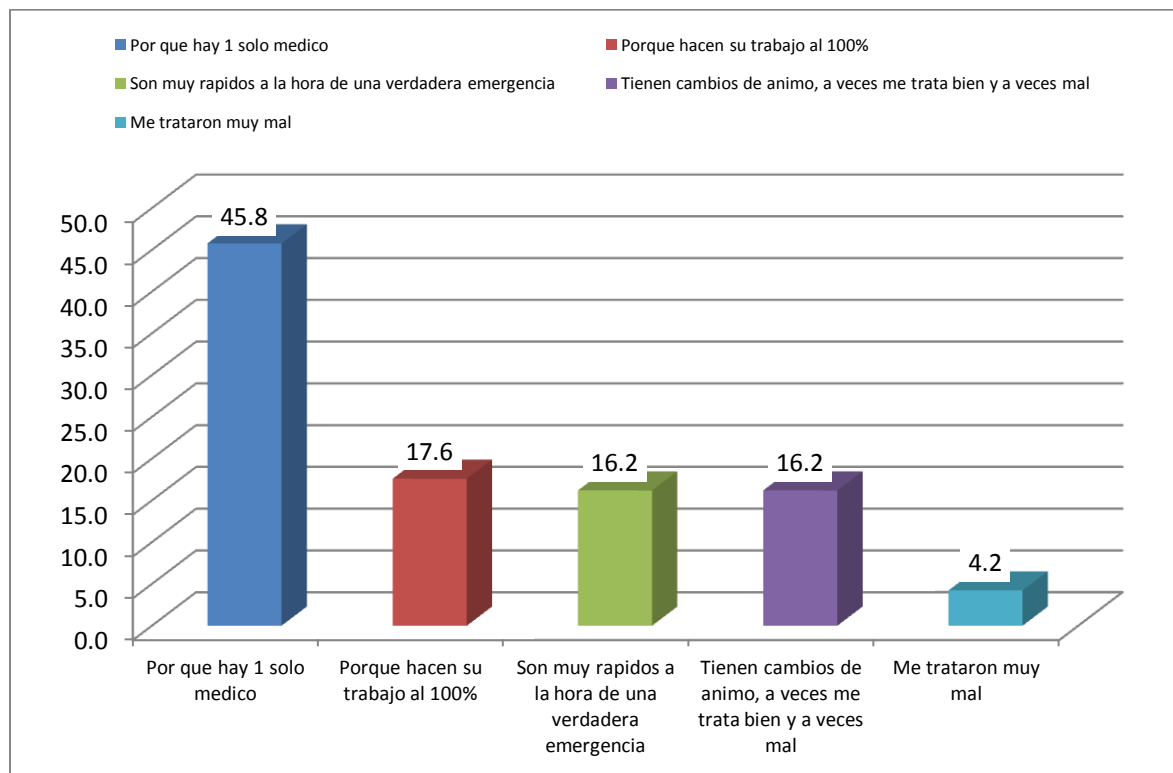
Fuente: Tabla 13

Tabla 14.- Razones del trato recibido por los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Por qué piensa que el trato es así	Frecuencia	Porcentaje
Por que hay 1 solo medico	65	45.8
Porque hacen su trabajo al 100%	25	17.6
Son muy rapidos a la hora de una verdadera emergencia	23	16.2
Tienen cambios de animo, a veces me trata bien y a veces mal	23	16.2
Me trataron muy mal	6	4.2
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 14.-



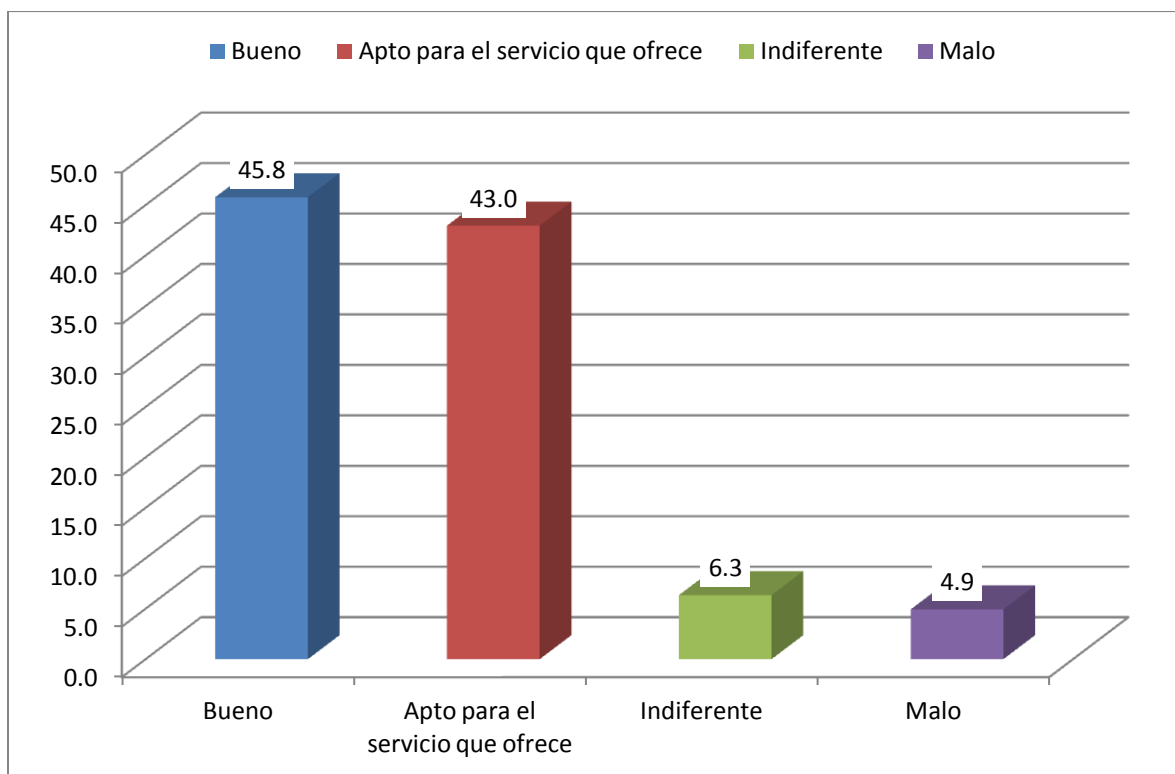
Fuente: Tabla 14

Tabla 15.- Percepción sobre el personal médico por los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Como considera al personal médico	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	65	45.8
Apto para el servicio que ofrece	61	43.0
Indiferente	9	6.3
Malo	7	4.9
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 15.-



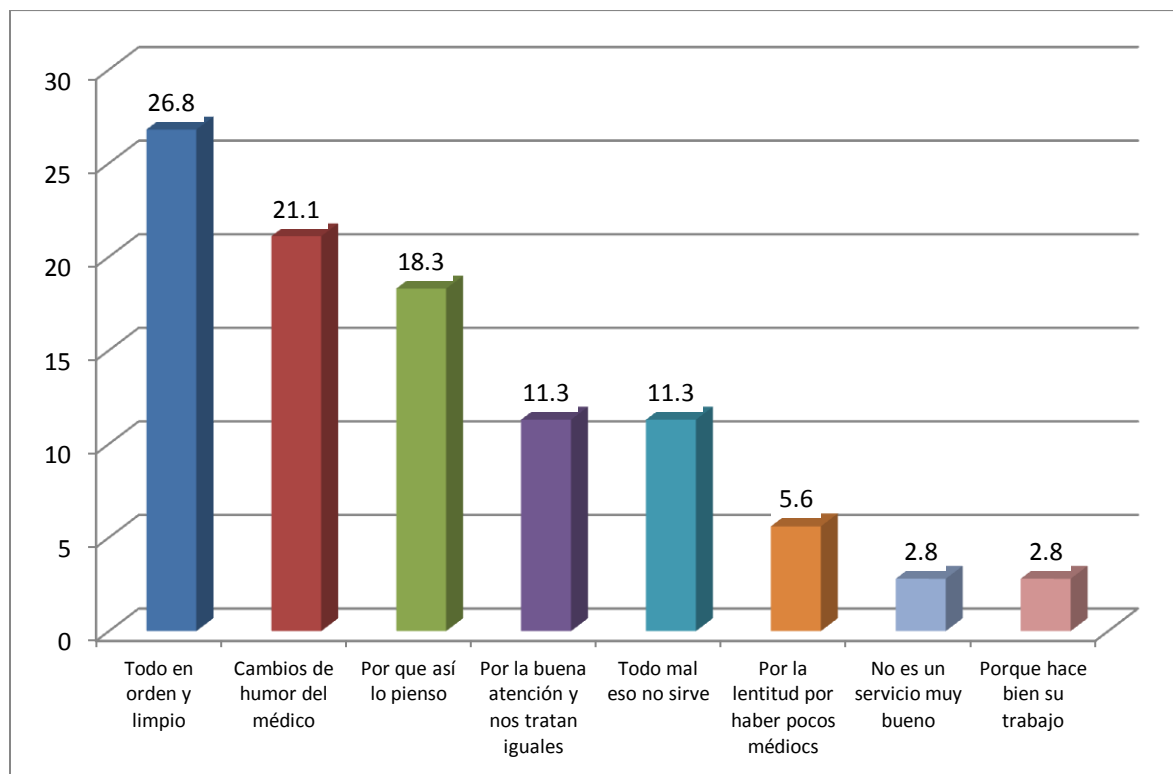
Fuente: Tabla 15

Tabla 16.- Razones sobre la percepción del personal médico por los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Por qué piensa así del médico	Frecuencia	Porcentaje
Todo en orden y limpio	38	26.8
Cambios de humor del médico	30	21.1
Por que así lo pienso	26	18.3
Por la buena atención y nos tratan iguales	16	11.3
Todo mal eso no sirve	16	11.3
Por la lentitud por haber pocos médiocs	8	5.6
No es un servicio muy bueno	4	2.8
Porque hace bien su trabajo	4	2.8
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 16.-



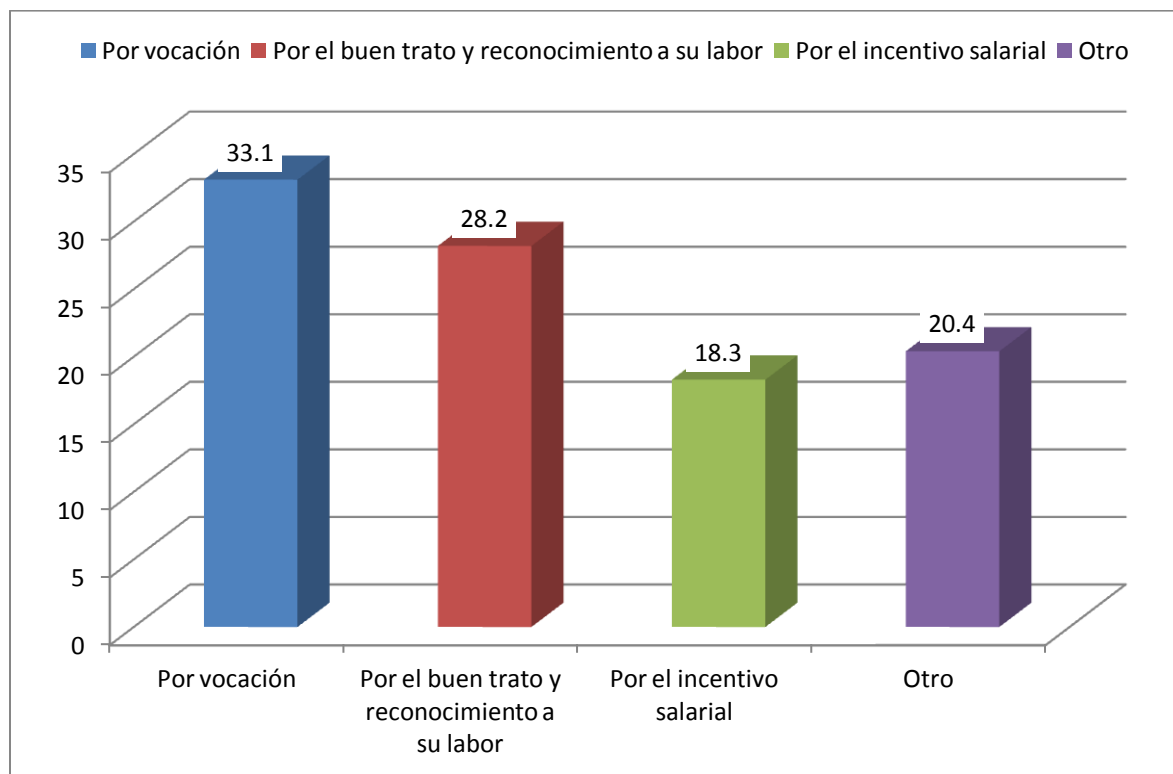
Fuente: Tabla 16

Tabla 17.- Razones del personal médico para brindar servicios según los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Por qué cree que el médico brinda servicios	Frecuencia	Porcentaje
Por vocación	47	33.1
Por el buen trato y reconocimiento a su labor	40	28.2
Por el incentivo salarial	26	18.3
Otro	29	20.4
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 17.-



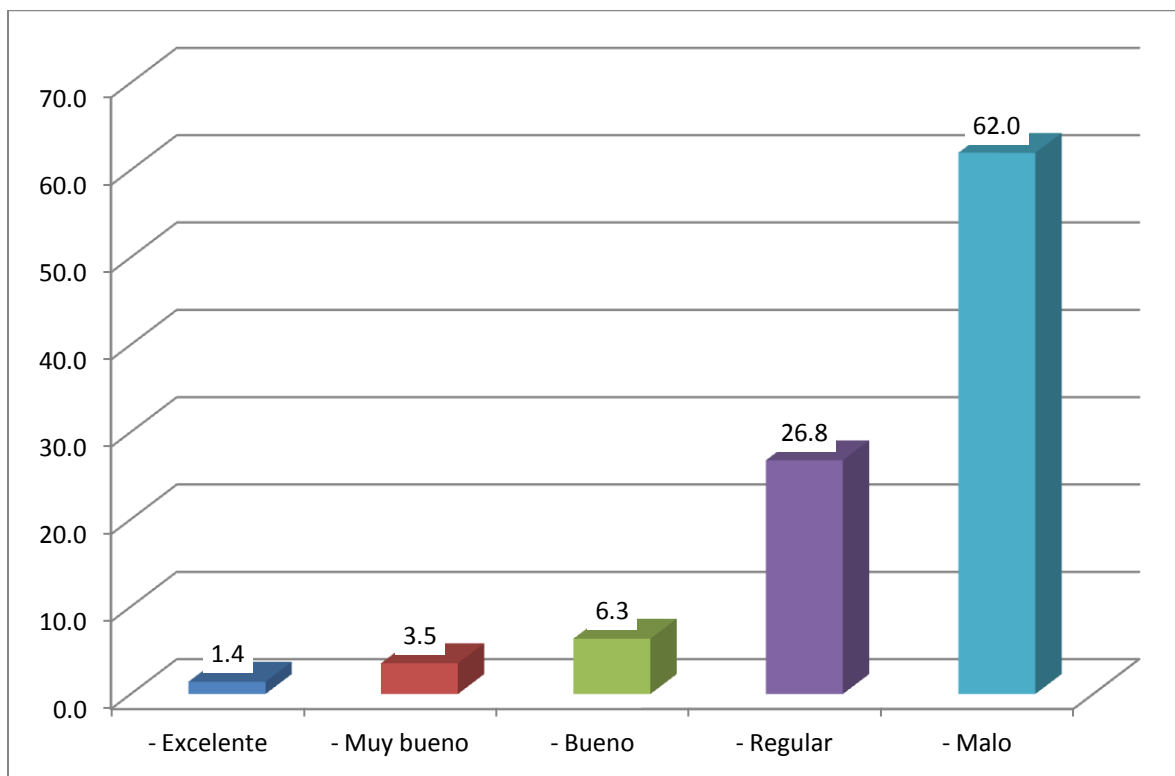
Fuente: Tabla 17

Tabla 18.- Valoración del tiempo de espera según los entrevistados en la Emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

Valoración del tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje
- Excelente	2	1.4
- Muy bueno	5	3.5
- Bueno	9	6.3
- Regular	38	26.8
- Malo	88	62.0
Total	142	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 18.-



Fuente: Tabla 18

IV.2. DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de los usuarios se distribuyó de la siguiente manera: La distribución en cuanto a la edad, fue de la siguiente manera 18-29 años con el 19.0 por ciento para 27 casos, 29-39 años con el 21.1 por ciento para 30 casos, 39-48 años con el 28.2 por ciento para 40 casos, 49-58 años con el 19.0 por ciento, con 27 años, y de 59 o más años con el 12.7 por ciento para 18 casos.

El sexo más frecuente fue el femenino con el 52.8 por ciento, y el masculino con el 47.2 por ciento.

La nacionalidad de la mayoría de las personas que fueron atendidas en la consulta eran dominicanas con el 60.6 por ciento, haitiano con el 23.2 por ciento, venezolanos con el 11.3 por ciento y chinos con el 4.9 por ciento.

La mayoría de la población era de procedencia urbana 55.6 por ciento, y el restante 44.4 por ciento de origen rural.

La mayoría de las personas eran de unión libre con el 51.4 por ciento, seguido de casados con el 28.9 por ciento y solteros con el 19.7 por ciento.

El nivel académico de los usuarios fue secundario en el 44.4 por ciento, primario en el 38.7 por ciento y universitario en el 16.9 por ciento.

Los datos presentados nos muestran que el perfil poblacional de los usuarios que fueron entrevistados sobre la calidad del servicio de emergencia del hospital docente Juan Pablo Pina son personas adultas, del sexo femenino, dominicanas, que residen en área urbana, con estudios secundarios y en unión libre.

Cabe destacar que el 46.5 por ciento va por los servicios ofrecidos, el 35.2 por ciento va por la situación económica, y el 16.9 por ciento porque está más cerca.

En relación a la percepción de la calidad, se encontró que de acuerdo a los entrevistados el trato del médico es comunicativo en el 44.4 por ciento y comprensivo en el 28.9 por ciento y la opinión en relación a la emergencia es regular en el 62.0 por ciento de los casos y buena en el 21.1 por ciento. Estos datos coinciden con la investigación realizada en México en el 2016, por Teresita de J. Ramírez-Sánchez, y colaboradores, se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala.

Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

En relación al servicio de acuerdo que a los entrevistados exigen ser atendidos en el 21.8 por ciento, hayan más médicos en el 21.1 por ciento, y un buen trato en el 19.0 por ciento, claramente se observa que hay una falta de personal para laborar en el área de emergencia, además los entrevistados indicaron que el servicio ofrecido es regular en el 47.9 por ciento y bueno en el 28.9 por ciento y con relación a la calidad del servicio se identificó como oportuna en el 40.1 por ciento, calor humano en el 31.0 por ciento con anomalía en el 28.9 por ciento. El trato de los médicos, según los pacientes fue regular en el 59.2 por ciento, y eficiente en el 35.2 por ciento. Datos que difieren de la investigación del estudio de Teresita de J. Ramírez-Sánchez, y colaboradores, en donde los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%).

En relación al personal que asiste a los pacientes los entrevistados indicaron que el 45.8 por ciento indicó que fue tratado de manera regular porque hay un (01) solo médico en la emergencia para el 36.6 por ciento, porque hacen su trabajo al 100% con 17.6 por ciento.

El 45.8 por ciento considera al personal médico como bueno, 43.0 por ciento apto para el servicio que ofrece.

De acuerdo a los entrevistados el personal médico es ordenado y limpio en el 26.8 por ciento y que tiene muchos cambios de humor en el 21.1 por ciento.

El 33.1 por ciento entiende que el médico brinda servicios por vocación y 28.2 por ciento por el buen trato y reconocimiento a su labor.

Los usuarios indicaron que la valoración del tiempo de espera fue malo en el 62.0 por ciento y regular en el 26.8 por ciento.

Datos similares se encontraron en un artículo publicado en Colombia en fecha de septiembre del año 2014 sobre la calidad del sistema de salud basada en un modelo israelí por Marta Cecilia Jaramillo-Mejía, Dov Chernichovsky, Universidad Icesi, Cali, Colombia, obteniéndose que: la calidad de la atención médica fue percibida como buena por el 90% de los encuestados. Satisfacción por el trato recibido en un 73% de los encuestados. Percepción de calidad de atención en un 68%. Las fortalezas encontradas fue la accesibilidad (58%) costo (53%) calidad de atención de los médicos (47%). Las dimensiones relacionadas con mala calidad fueron los prolongados tiempos de espera (64%), incomodidad (58%) maltrato en enfermería (30%) y fichaje (51%).

IV.2. CONCLUSIÓN

El perfil sociodemográfico de los usuarios del servicio se refiere a personas en edad productiva, entre 39-48 años y 29-38 años, que forman la mayoría de los pacientes. Además de ser el sexo femenino el más frecuente, con personas dominicanas en su mayoría, seguida de personas de nacionalidad haitiana en un alto porcentaje, y siendo estas personas en su mayoría de los sectores de Las Flores, Los Molinos y Madre Vieja Norte.

A esto se le suma que la mayoría de las personas eran de unión libre y con un nivel académico de secundaria.

Cuando se evalúa el trato médico, la mayoría lo definió como comunicativo y comprensivo.

La opinión en relación a la emergencia en sentido general es regular.

El servicio ofrecido es regular, y la calidad del servicio oportuna.

El trato por el personal médico es adecuado, y lo calificaron como regular pero eficiente.

Los entrevistados en la gran mayoría concuerdan que el principal problema del trato regular del médico es que es una sola persona para mucha gente y que éstos dan servicio por vocación.

El tiempo de espera fue el aspecto peor catalogado en el que la gran mayoría de los usuarios lo calificaron como malo, y esto está relacionado directamente con que exista un solo médico en el área de emergencia.

IV.4. RECOMENDACIONES

Al Servicio Nacional de Salud

- Que valore las necesidades de recursos para que realice un análisis para aumentar la asignación del personal médico a la emergencia, para mejorar los servicios brindados en la unidad.

A los gerentes del hospital

- Establecer normas de atención al usuario.
- Elaborar un plan de educación continua que incluya temas de atención al usuario y los procesos de atención que se realizan dentro del hospital y a la vez promover la participación activa de todos los recursos que laboran en las distintas áreas de la unidad de emergencia.
- Se recomienda aplicar clasificación de triage para disminuir el número de consultas en emergencia y así disminuir el tiempo de espera.

A los jefes del área de emergencia.

- Monitorear el cumplimiento de las normas.
- Que realicen reuniones periódicas donde se trate el tema de atención al usuario.
- Dar a conocer las quejas de los usuarios.

Al personal que labora en el área de emergencia.

- Que participen en actualizaciones de conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corella, M. et. al. *Control de calidad como referente de la calidad asistencia.* Enfermería integral, Marzo 2007 pp. 29
www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7318_recurso_1.pdf
2. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española.* 2 ed. Madrid: Real Academia Española, 2016.
3. Donabedian A. *Clinical Performance and Quality Health Care.* 2012; 1: 14-17.
4. Dierssen-Soto T, Rodríguez P, Robles M, y Colaboradores, *Factores que Determinan la Alta Satisfacción del Usuario con la Asistencia Hospitalaria,* 2012.
5. Jimenez, Rosa. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual.* Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30(1):
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm
6. Rodríguez-Jareño María Cruz, Molinero Emilia, Montserrat Jaume de, Vallès Antoni, Aymerich Marta. *Qualitat i adequació tècnica a la normativa dels exàmens de vigilància de la salut de la població treballadora en relació amb la seva finalitat preventiva.* *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Jul 03] ; 19(3): 146-165. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492016000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.12961/apr.2016.19.03.2>.
7. Reyes-Morales Hortensia, Flores-Hernández Sergio, Saucedo-Valenzuela Alma Lucila, Vértiz-Ramírez José de Jesús, Juárez-Ramírez Clara, Wirtz Veronika J et al . *Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México.* *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2017 Jul 03] ; 55(Supl 2): S100-S105. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800005&lng=es.

8. Pérez Randia, Font-Frías, Mirna. Satisfacción de los usuarios que asisten a la consulta externa del centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar Rev. Med. Dom. 2012;73(2).
9. Instituto Nacional de Salud Pública en Programa de Acción: Cruzada Nacional 2012.
10. Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
11. Percepción de la calidad de la atención por los usuarios que acuden a la emergencia del hospital general plaza de la salud Abril –Mayo 2008.
12. Gálvez González AM, García Fariñas A, García Rodríguez JF, Ramos Valle I. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. 2009-2010. Rev INFODIR. 2011. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1211/infod061211.htm>
13. Superintendencia de salud. Gobierno de Chile. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad desde los usuarios de salud. Diciembre 2010. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles7318_recursos_1pdf
14. Dr. Juan M. Miyahira Arakaki. Calidad en los Servicios de Salud. Rev Med Hered 12 (3), 2001 fecha de consulta: 31 marzo de 2016 disponible en : <file:///C:/Users/Demec/Downloads/2386-5218-1-PB.pdf>
15. Secretaría de estado de salud pública. Ley general de salud. Ley no. 42-01 Santo Domingo República Dominicana. 8 marzo del 2001 fecha de consulta: 31 marzo 2016 disponible en: <http://www.dol.gov/ilab/submissions/pdf/20100408-10.pdf>

16. Mauricio Losada Otálora, Augusto Rodríguez Orejuela. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing Cuad. Adm. Bogotá (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre de 2007 fecha de consulta: 31 marzo de 2016 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>
17. Sociedad andaluza de Medicina Familiar y Comunitarias: consideraciones de SAMFyC sobre el tiempo de espera para ser atendido en la consulta del médico familiar. Disponible en <http://wwwsamfyc.es/pdf/0204091.pdf>
18. Masoud Rashad, Askov Karen, Reinjo Lee, Miller Franco, Lymeor steinthada Knebel, MacAulay, Caterine. Un paradigmmodern para mejorar la calidad de la atención de la salud. http://upchmed.pe/red_cocrrane_peru/wpcontet/uploads/2012/09/taller_6_seguridad_del_paciente_lectura_sugerida_15_
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2013)
20. Willians Guillermo I; calidad de los servicios de salud programa de garantía de calidad de la atención médica. http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf
21. Moreno (2013) Percepción de los pacientes sobre la calidad de salud en la consulta de Otorrinolaringología del Hospital municipal de mata hambre Mayo –Julio 2013.
22. Ministerio de salud pública y asistencia social norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2013)
23. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2 ed. Madrid: Real Academia Española, 2016.

24. Ministerios de salud pública y asistencia social norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2012).
25. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de calidad en salud. Santo Domingo, República Dominicana, Octubre 2013.
26. Ministerios de salud pública y asistencia social norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2013).
27. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
28. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

ANEXOS
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Enero 2018				Febrero 2018				Marzo 2017				Abril 2017				Mayo 2017				Junio 2017				Agosto 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicio de curso de tesis	X																											
Asesoría		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Elección de Tema	X																											
Recolección de Datos			X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Elaboración de Anteproyecto							X	X	X	X																		
Aprobación del Tema										X	X																	
Recolección de												X	X	X	X	X	X											

Cuestionario de medida del nivel de calidad en la emergencia del Hospital Regional Docente Universitario Juan Pablo Pina.

1-Edad:

18-28_____ 29-38_____ 39-48_____ 49-58_____ 59 ó mas_____

2-sexo: Femenino_____ masculino_____

3-nacionalidad: _____

4-domicilio: calle_____ no._____ paraje o
sector_____

Barrio_____ sección_____

5-estado civil: casado_____ soltero_____ unión libre_____ divorciado_____

6-nivel académico: primario____ secundario____ técnico_____ universitario_____

7-porque viene a este centro

Por los servicios que ofrecemos_____ porque es más cerca que los demás
hospitales_____

Por la situación económica_____ otro (especifique) _____

8-cuál es el trato del médico con los familiares del paciente

Es Comprensivo_____ es comunicativo_____ orienta bien al familiar a la
hora de buscar ayuda_____ indiferente_____ otro (especifique)

9-cuál es su opinión con relación a la emergencia de este hospital en relación con otros
hospitales si los ha visitado?

Bueno_____ muy bueno_____ regular_____ mala_____

10-que esperan los pacientes de los médicos de emergencia

11-el servicio que se ofrece es:

Excelente_____ muy bueno_____ bueno _____ regular_____
malo_____

12-la calidad en el servicio de la emergencia que significa para usted

Una atención oportuna____ atención con anormalidad____ atención con calor
humano_____

13-como es el trato de los médicos con los pacientes

Eficiente_____ regular_____ deficiente_____

14-diga porque?

15-como considera usted el personal médico que labora en este hospital

Bueno_____ malo_____ apto para el servicio que ofrece_____

Indiferente_____

16- Porque?

17-cuando el medico brinda sus servicios, porque cree usted que lo hace?

Por el incentivo salarial_____ por el buen trato y reconocimiento a su labor_____

Por vocación_____ otro_____

18- Como califica el tiempo de espera en la emergencia del hospital

a) Excelente___ b) Muy bueno___ c) Bueno___ d) Regular___ e) Malo_____

PRESUPUESTO

Recursos Humanos	Cantidad	Costo/Unitario	Total
Inscripción Curso	3	8,000.00	24,000.00
		Subtotal	30,000.00
Grupo y Materiales			
Goma de borrar	4	10	40.00
Corrector	3	25	75.00
CD	5	15	75.00
Lápices	12	10	120.00
Papel Bond	2	150	300.00
Papel Hilo	3	600	1,800.00
Encuadernación	5	100	500.00
Pasta	4	250	1,000.00
		Subtotal	3,910.00
Material Bibliográfico			
Fotocopias	500	1	500.00
Compra de libros y revistas	3	1,500.00	4,500.00
Internet	3	3,000.00	9,000.00
Llamadas telefónicas	100	10	1,000.00
		Subtotal	15,000.00
Miscelaneos			
Pasaje	360	50.00	12,000.00
Almuerzo	360	150.00	50,000.00
		Total General	66,910.00

-
- ¹ Corella, M. et al. *Control de calidad como referente de la cualidad asistencial*. Enfermería integral, Marzo 2007 pp. 29 www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-7318_recurso_1.pdf
- ² Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2 ed. Madrid: Real Academia Española, 2016.
- ³ Donabedian A. Clinical Performance and Quality Health Care. 2012; 1: 14-17.
- ⁴ Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. Marta Cecilia Jaramillo-Mejía^a, Dov Chernichovsky^b
^a Profesora, Departamento de Gestión Organizacional, Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi, Cali, Colombia
^b Profesor, Departamento de la Administración de Sistemas de Salud, Universidad Ben Gurion de la Negev, Beer Sheva, Israel
Recibido 20 octubre 2013, Aceptado 18 septiembre 2014
- ⁵ Revista médica (Cochabamba) *versión impresa* ISSN 2074-4609 Rev. Méd. (Cochabamba) v.19 n.29 Cochabamba jul. 2008 percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del centro de salud villa candelaria/Dra. Martha Morales Rivas - Médico Familiar del Policlínico No 32 Caja Nacional de Salud. Dra. Carola F. Carvajal Garcés. - Residente II Medicina Familiar C.N.S.
- ⁶ Percepción de la calidad de la atención por los usuarios que acuden a la emergencia del hospital general plaza de la salud Abril –Mayo 2008.
- ⁷ Gálvez González AM, García Fariñas A, García Rodríguez JF, Ramos Valle I. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. 2009-2010. Rev INFODIR. 2011. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1211/infod061211.htm>
- ⁸ Superintendencia de salud. Gobierno de Chile. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad desde los usuarios de salud. Diciembre 2010. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos7318_recurso_1.pdf
- ⁹ Dr. Juan M. Miyahira Arakaki. Calidad en los Servicios de Salud. Rev Med Hered 12 (3), 2001 fecha de consulta: 31 marzo de 2016 disponible en : <file:///C:/Users/Demec/Downloads/2386-5218-1-PB.pdf>
- ¹⁰ Secretaria de estado de salud pública. Ley general de salud. Ley no. 42-01 Santo Domingo República Dominicana. 8 marzo del 2001 fecha de consulta: 31 marzo 2016 disponible en: <http://www.dol.gov/ilab/submissions/pdf/20100408-10.pdf>
- ¹¹ Mauricio Losada Otálora, Augusto Rodríguez Orejuela. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing Cuad. Adm. Bogotá (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre de 2007 fecha de consulta: 31 marzo de 2016 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>
- ¹² Sociedad andaluza de Medicina Familiar y Comunitarias: consideraciones de SAMFyC sobre el tiempo de espera para ser atendido en la consulta del médico familiar. Disponible en <http://www.samfyc.es/pdf/0204091.pdf>
- ¹³ Masoud Rashad, Askov Karen, Reinjo Lee, Miller Franco, Lymeor steinrada Knebel, MacAulay, Caterine. Un paradigmmodern para mejorar la calidad de la atención de la salud. http://upchmed.pe/red_cocrrane_peru/wpcontent/uploads/2012/09/taller_6_seguridad_del_paciente_lectura_sugerida_15_
- ¹⁴ Ministerios de salud pública y asistencia social norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2013)
- ¹⁵ Willians Guillermo I; calidad de los servicios de salud programa de garantía de calidad de la atención médica. http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf
- ¹⁶ Moreno (2013) Percepción de los pacientes sobre la calidad de salud en la consulta de Otorrinolaringología del Hospital municipal de mata hambre Mayo –Julio 2013.
- ¹⁷ Ministerios de salud pública y asistencia social norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2013)
- ¹⁸ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2 ed. Madrid: Real Academia Española, 2016.
- ¹⁹ Ministerios de salud pública y asistencia social norma de instalación y funcionamientos de consultorios (2013)
- ²⁰ **Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de calidad en salud. Santo Domingo, República Dominicana, Octubre 2013.**