

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Residencia de Medicina Familiar



SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS INGRESADOS EN LA SALA DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DOCTOR. LUÍS E. AYBAR
JUNIO - AGOSTO, 2013

Tesis de pos-grado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Luisa María Cordero Lachapel

Asesores

Dra. Lucina Mercedes Llauger (Clínica)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

CONTENIDO

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Abstrac

I. Introducción.	9
I.1. Antecedentes.	10
I.1.2. Justificación.	11
II. Planteamiento del problema.	12
III. Objetivos	14
III.1. Generales.	14
III.2. Específicos.	14
IV. Marco teórico	15
IV.1. Satisfacción.	15
IV.2. Concepto de satisfacción.	16
IV.3. Implicaciones de la satisfacción.	18
IV.4. Evaluación.	19
IV.5. Calidad	20
IV.6. Eficacia.	22
IV.7. Satisfacción del usuario.	23
IV.8. Eficiencia.	24
IV.9. Continuidad.	24
IV.10. Seguridad.	25
IV.11. Comodidades.	26
IV.12. Perspectivas del significado de calidad.	26
IV.13. El paciente.	27
IV.14. Los miembros de servicios de salud.	27
IV.15. El administrador de servicios de salud.	28
IV.16. Garantía de calidad.	29
IV.17. Principios de garantía de calidad.	31
IV.18. Proceso de garantía de calidad.	33
V. Hipótesis.	35
VI. Operacionalización de variables.	36

VII .Material y métodos.	37
VII.1. Tipo de estudio.	37
VII.2. Demarcación geográfica.	37
VII.3. Universo.	37
VII.4. Muestra.	37
VII.5. Criterios.	37
VII.5.1. Criterios de inclusión.	37
VII.5.2. Criterios de exclusión.	37
VII.6. Procedimientos.	38
VII.7. Instrumento de recolección de datos.	38
VII.8. Tabulación de datos	38
VII.9. Principios éticos.	30
VIII. Resultados.	39
IX. Discusión.	48
X. Conclusiones.	50
XI. Recomendaciones.	51
XII. Referencias.	53
XIII. Anexos	
XIII.1. Cronograma de actividades.	
XIII.2. Formulario de recolección de datos.	
XIII.3. Costos y recursos.	
XIII.4. Evaluación.	

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por darme la vida, por haberme permitido obtener este logro y darme la fortaleza para vencer las adversidades u obstáculo que se me presentaron en el camino. Gracias padre santo.

Al hospital Dr. Luís E. Aybar

Por permitirme llegar a ser la especialidad y darme la oportunidad de poder servir a la sociedad.

A nuestros profesores.

Por ser ejemplo a seguir y gracias a ellos somos personas de bien y contamos con mejor lugar en la sociedad.

A mis asesores Dra. Lucina Mercedes Llauger y Rubén Darío Pimentel.

Por su empeño, el tiempo y la dedicación que me brindaron durante toda esta jornada, a pesar de todos los obstáculos y restricciones que enfrentamos, enseñándonos como maestro que el ejemplo vale más que las palabras.

La sustentante

DEDICATORIA

A Dios

Gracias por mostrarme siempre tu infinito amor y misericordia, por haberme dado la oportunidad de entrar a la residencia de medicina familiar y comunitaria del hospital Luis Eduardo Aybar, por guiarme en estos cuatro años, porque sin tu ayuda y dirección no hubiera podido cumplir con esta meta. Gracias Señor porque has sido mi sustento, mi ayudador y mi consolador, en todos los momentos de mi vida, tu nunca me has dejado, no me has desamparado y en mis momentos duros tu siempre estás ahí brindándome tu mano, dándome fortaleza, tu siempre estás ahí. Pero sobre todo señor mil gracias porque siempre me has dado lo que me merezco.

A mis padres Santa B. Lachapel e Hilario Cordero

Gracias en primer lugar por haberme dado la vida, por estar ahí siempre, porque sin su ayuda, cariño y apoyo este sueño no hubiese sido posible, porque aunque físicamente no están presente ya que viven fuera su amor y sus consejos me han acompañado en todo momento, cuando los he necesitado no me han dado la espalda, son los mejores padres del mundo, Los Amo.

A mis hermanos, cuñados, sobrinos y suegros Raquel Cordero, Rafael Cordero, Omar Corporán, Yisel Corporán, Aristofani Zapata; Eliel, Alicia, Ester; María del C. Méndez, Adriano Corporán.

Gracias le doy a Dios infinitamente por haberme premiado con una familia tan hermosa. Pero sobre todo le doy gracias a Dios por haberme dado una hermana que mas que una Hermana es una madre, sorella ti voglio bene.

A mi esposo Hensy J. Corporán.

Gracias a Dios por haberte puesto en mi camino, por premiarme con el regalo de tu amor, comprensión y dedicación a hacia mí y hacia tus hijos, gracias por ser el mejor esposo, amigo, compañero y padre del mundo, te amo mucho negro.

A mis hijos Jorge L. Corporán y Keysi M. Corporán

No tengo como expresar mi agradecimiento hacia Dios por haberme dado tan hermoso regalo, el de ser su madre, por adquirir la bendición de criarlos y tenerlos a mi lado, les pido que me disculpen por los momentos en que no estuve presente, pero siempre están en mi corazón y mente, los amo más que a mi vida.

A mis compañeros de residencia:

Gracias a Dios por haberlos conocido, porque aprendí de cada uno de ustedes, de sus diferentes formas de ser y pensar, del alegre y fiestero, del serio y hasta a veces aburrido, del solidario y compañero, del amable y cariñoso, del altanero y elitista, del humilde y bondadoso, de cada uno de ustedes me lleve una bonita experiencia, espero haber dejado una huella también en sus vidas así como la han dejado en la mía, yo nunca podré olvidarlos, los quiero mucho.....

A mis coordinadoras y docentes:

Gracias por aportar en mi crecimiento intelectual y personal.

Dra. Luisa María Cordero Lachapel

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013. El universo estuvo constituido por 210 usuarios ingresados y la muestra fue de 100 escogidos de forma no intencional. Se reporta que el 56 por ciento se encontraron satisfechos, un 41 por ciento señaló no estar satisfecho y el 3 por ciento se encontró muy satisfecho, un 32 por ciento era mayor de 60 años, el 61 por ciento correspondió al sexo masculino, el 52 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad y un 27 por ciento eran analfabetos, un 26 por ciento fue ingresado por padecer trastornos gastrointestinales y un 23 por ciento por trastornos pulmonares, del 32 por ciento de los mayores de 60 años, el 19 por ciento se encontraba satisfecho, un 12 por ciento insatisfecho y el 1 por ciento muy satisfecho, del 61 por ciento de los correspondientes al sexo masculino un 37 por ciento se encontraba satisfecho, el 22 por ciento insatisfecho y el 2 por ciento muy satisfecho, del 52 por ciento de los del nivel básico de escolaridad, un 29 por ciento se encontraba satisfecho, el 22 por ciento insatisfecho y el 1 por ciento muy satisfecho y del 48 por ciento de los que permanecieron 2 horas en ser atendidos, el 33 por ciento se encontraba satisfecho y un 15 por ciento insatisfecho. Del 22 por ciento en ser atendido por más de 2 horas, el 18 por ciento se encontraba insatisfecho.

Palabras claves: Usuarios, nivel de satisfacción, medicina interna.

ABSTRACT

We performed a descriptive, cross-sectional prospective in order to determine the level of satisfaction of users admitted to the ward of Internal Medicine Dr. Luis E. Aybar during June-August 2013. The sample consisted of 210 users entered and the sample was 100 chosen unintentionally. It is reported that 56 percent were found satisfied , 41 percent reported not being satisfied and 3 percent was found very satisfied , 32 percent were over 60 years old, 61 percent were male, 52 percent had a basic level of schooling and 27 percent were illiterate, 26 percent was admitted suffering from gastrointestinal disorders and 23 percent for lung disorders, 32 percent of those over 60 years, 19 percent was satisfied, 12 percent dissatisfied and 1 percent very satisfied, 61 percent of the male for the 37 per cent were satisfied , 22 percent dissatisfied and 2 percent very satisfied, 52 percent of the basic level of education, 29 percent were satisfied, 22 percent dissatisfied and 1 percent very satisfied and 48 percent of those who remained two hours to be seen, 33 percent was satisfied and 15 percent dissatisfied. From 22 percent to be attended by more than two hours, 18 per cent were dissatisfied.

Key words: Users, satisfaction, internal medicine.

I. INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud.¹

El tema de satisfacción del usuario es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria es una de las más simples y aceptadas.²

La satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. La satisfacción del usuario es apreciada como relevante al menos en 4 áreas: comparar sistemas o programas de salud, evaluar la calidad de los servicios de salud, identificar cuáles son los aspectos de los servicios que necesitan de cambio para mejorar la satisfacción y asistir a las organizaciones sociales en la identificación de consumidores con poca aceptabilidad de los servicios.

También se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual. Desde mediados de la década pasada, algunos autores han expresado que las encuestas de satisfacción del usuario generalmente muestran alta satisfacción y poca variabilidad, lo que dificulta su uso en términos de gestión; sin embargo, otros estudios señalan que la introducción de preguntas que exploren y caractericen las experiencias de los pacientes con aspectos específicos de la atención son más informativas y útiles. Adicionalmente, la complementariedad con técnicas de investigación cualitativa fortalecen la riqueza de la información y su potencial uso en la gestión.⁴

I.1. Antecedentes

Seclén y Darras llevaron a cabo un estudio descriptivo y observacional con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del usuario en centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud Asistencial (MINSA) de Perú durante enero-mayo del 2005. Resultados: Los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La satisfacción del usuario fue 68,1 por ciento y 62,1 por ciento para los centros de salud y hospitales respectivamente, respectivamente. Los usuarios de menor edad presentaron mayor satisfacción, con un 56.8 por ciento. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la satisfacción del usuario.⁴

Barba *et al*, realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, mediante encuestas en la población estudiada estuvo constituida por usuarios de los servicios de consulta externa, emergencia y sala de hospitalización, quienes cumplieron con los requisito de acudir a consulta de hospitalización, emergencia y consulta externa al Hospital Psiquiátrico Nacional Managua en el mes de agosto 2004, Entre los resultados predominio del sexo femenino, con un 65.9 por ciento, un 44.6 por ciento estuvo comprendido entre los 36 y 55 años; de estos la mayoría estaban solteros, con un 56.1 por ciento, el 82.3 por ciento se encontró satisfecho con la atención prestada.⁵

Ramírez y colaboradores llevaron a cabo un estudio prospectivo descriptivo acerca del nivel de satisfacción de los usuarios de la emergencia del Hospital Regional y Universitario Jaime Mota, en el mes de Febrero del año 2011. Se reporta que un 59.1 por ciento correspondió a paciente entre los 20-29 años, el 61.4 por ciento correspondió al sexo femenino, un 88.4 por ciento se encontraba satisfecho con la prestación de los servicio, el 23.7 por ciento de los usuritas señaló algunos inconvenientes que admiten encontrar en el centro de salud calificaron de satisfactoria el servicio prestado por el centro. Expresando que no es gusta la falta de condición física del lugar y en espera que mejore la limpieza, los suministros médicos y la disminución del tiempo de espera.⁶

1.1.2. Justificación

En la evaluación del producto de la Atención Primaria de Salud no existe un consenso internacional, y los modelos en los cuales se basan la medición han evolucionado desde enfoques exclusivamente técnicos, hasta modelos más holísticos e integrales. Sans-Corrales y col indicaron que en la evaluación del producto final del cuidado de la salud se debe considerar, además del impacto en la dimensión de salud y económica, el impacto en la dimensión satisfacción, definida como el nivel en el cual los usuarios encuentran las perspectivas de servicio en salud esperados, siendo entonces la medición de la satisfacción del usuario en Atención Primaria de Salud un elemento clave para mejorar la calidad de atención.⁷

Las encuestas de satisfacción de usuarios de Servicios de Salud, constituyen un indicador de calidad de atención sanitaria que evalúa finalmente el resultado del sistema sanitario, su proceso y estructura. Desde hace 20 años se plantea que la opinión de los usuarios de los Servicios de Salud es importante en cuanto a futuros replanteamientos de la planificación de servicio y en lo referente a la participación de la comunidad en la orientación y ordenación de dichos servicios. Las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científica técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad a los servicios de salud.

En función de lo anterior se planteó como objetivo identificar el nivel de satisfacción de los usuarios.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional. En República Dominicana, uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios.⁸

Si bien la calidad es un término difícil de definir, se debe considerar que las dimensiones que considera el usuario para definirla; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención. En nuestro país, los hospitales del sector público enfrentan realidades parecidas y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio los usuarios siguen manifestando insatisfacción por la atención que reciben. Uno de los problemas observados empíricamente en los servicios de salud es el malestar frecuente que expresan los usuarios por la atención que reciben.

Es importante esta aportación porque implica la identificación de índices de calidad de los cuidados que influyen en el usuario al recibirla, además, en las medidas en que se conozcan al detalle y se establezcan una relación causal con los resultados, resulta de suma importancia para la elaboración de indicadores para definir la satisfacción del usuario.

La Gerencia de la Calidad en las instituciones de salud es un componente importante en el proceso de la modernización del sector salud y el fortalecimiento institucional. De esta manera conocer cuál es la percepción de los usuarios y mejorar su satisfacción aumentará su motivación en la continuidad de los programas y de esta forma evitar el abandono y rechazo a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud. Se ha observado que ha medida que se mejora la calidad de los servicios de salud se obtienen resultados positivos, los costos son bajos y los gerentes se empiezan a dar cuenta de lo valioso que es la herramienta. La calidad de atención se define como la consecución de conjuntos de características y acciones que posibilitan la restauración en cada usuario, del nivel de salud que es dado remitirle.⁹

Se puede expresar la calidad de la asistencia sanitaria en dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual para lograr el máximo grado de calidad posible de satisfacción tanto para los usuarios como para las enfermeras.¹⁰

En los últimos años, los países han tenido importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud que ha involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de salud. Desde que el modelo Chileno de Salud inició su implementación en los albores de los 80 (1981) se comenzó a verificar, tanto en Europa como en América, un nuevo modelo de hacer gestión sanitaria. La República Dominicana fue impactada por esta situación desde principios de 1990 con el nacimiento de la llamada Comisión Nacional de Salud (CNS) de 1991-1996, los cuales provocaron gran revuelo por los informes que contenían.¹¹

Partiendo de estos informes se hace la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013

III.2. Específicos

1. Identificar los grupos de edades de los usuarios.
2. Identificar el sexo de los usuarios.
3. Establecer el nivel de escolaridad en los usuarios.
4. Determinar el motivo por el cual el usuario es ingresado a medicina interna.
5. Identificar la satisfacción del usuario con relación al cuidado ofrecido por el personal de salud.
6. Identificar la satisfacción del usuario con relación al tiempo de espera para recibir la atención.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Satisfacción

Satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por el sistema de información, y puede servir como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que, a menudo, no están disponibles. Se puede considerar que la satisfacción es un indicador blando, con un marcado componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos.¹²

En cierta manera, la satisfacción proporciona una valoración sobre la visión del sistema que tienen sus usuarios, más que sobre la calidad técnica de los mismos, y puede conducir a situaciones en las que, si un sistema de información es percibido por sus usuarios como malo, deficiente o insatisfactorio, constituirá para ellos un mal sistema de información.

Las capacidades individuales, los conocimientos, las destrezas y la experiencia de los empleados y directivos de la empresa, así como de la organización laboral como un todo, incluyendo sus valores, engloba todo aquello relacionado con la parte humana de la empresa, o sea, a cada individuo que labora dentro de ella.

En la empresa se puede distinguir una línea de avance fundamental: el crecimiento dentro del mercado y las formas de lograrlo son diversas; en una investigación realizada sobre la relevancia de la utilización de la perspectiva del capital humano en las empresas de mediana magnitud como impulso hacia el crecimiento internacional, afirman que los empresarios se involucran en su capital humano (conocimiento, habilidades, y valores) para avanzar en los intereses de sus organizaciones.¹³

La satisfacción del usuario produce importantes aspectos vinculados con los empleados y las organizaciones, desde el desempeño laboral hasta la salud y la longevidad. Por ende, es importante el estudio de la satisfacción laboral de los trabajadores en dos líneas principales: la experiencia del empleado y el impacto que produce en la organización. En este texto se enfatiza la experiencia del trabajador, en la que interviene la perspectiva del capital humano.

IV.2. Concepto de satisfacción

En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. A lo que se suma la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas. Cuando la satisfacción acompaña a la seguridad racional de haberse hecho lo que estaba dentro del alcance de nuestro poder, con cierto grado de éxito. Esta dinámica contribuye a sostener un estado armonioso dentro de lo que es el funcionamiento mental. La mayor o menor sensación de satisfacción, dependerá de la optimización del consumo energético que haga el cerebro. Cuanto mayor sea la capacidad de neurotransmitir, mayor facilidad de lograr la sensación de satisfacción.¹⁵

No se debe confundir la satisfacción con la felicidad, aunque sí es necesario estar satisfechos para poder entender qué es la felicidad plena. La insatisfacción produce inquietud o sufrimiento. No obstante, dado que la naturaleza del cerebro y la prioridad de la mente es la de establecer caminos sinápticos que consuman lo menos posible, el hombre siempre tenderá a ir buscando mejores maneras de estar satisfecho. Por lo que en su naturaleza está constantemente inquieto y en constante expectativa de peligro por perder la poca o mucha satisfacción que esté experimentando en su presente, comprometiendo de esta manera el grado de felicidad final que se obtiene.

Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado e inicio del presente han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental.¹⁵

La Psicología tradicionalmente explicitó el vínculo entre satisfacción y comportamiento de una manera clara y que en principio tiene en su base una coherencia empírica con las representaciones intuitivas, aunque las trasciende ampliamente, los más recientes estudios no se conforman con cualquier tipo de comportamiento.

Se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. Como punto de partida que la satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino se garantiza la satisfacción al usuario. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.

Pero como casi siempre sucede, de los que se habla no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo

La satisfacción trata de dos aspectos esenciales

1. La satisfacción es siempre con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como satisfactor o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo.¹⁶

La satisfacción es un indicador de excelencia de la calidad, depende del juicio, implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

IV.3. Implicaciones de la satisfacción

La satisfacción laboral se relaciona directamente con la experiencia de la *persona dentro de una organización*. Esta experiencia se transforma en la percepción del trabajador, y esta última culmina en un componente emocional. Habría que cuestionarse hacia qué va dirigida dicha experiencia, tal percepción y esa carga emotiva. Se ha revisado la relación individuo-entorno. Por parte del individuo se encuentra la experiencia.¹⁷

Para Aguilera, la referida satisfacción laboral es una actitud general que engloba la interacción de una serie de elementos medulares del trabajo, tales como la naturaleza del trabajo, el salario, las condiciones de trabajo, la estimulación, los métodos de dirección, las relaciones interpersonales, las posibilidades de superación y el desarrollo profesional, entre los fundamentales. Así, el medio laboral está constituido primordialmente por las condiciones laborales, las cuales constituyen un elemento de gran importancia para el desarrollo de todos los procesos donde interviene el recurso humano.

Fernández¹⁸, realizando una asociación entre la satisfacción laboral y las condiciones de trabajo a partir de las características del individuo, distinguieron dos tipos de factores que afectan el grado de satisfacción laboral: por un lado, las variables involucradas con las relaciones interpersonales, y, por el otro, los factores de superación. Las variables ligadas a las relaciones interpersonales (conflictos con superiores o compañeros, apoyo social y reciprocidad) han dado origen a una amplia literatura donde se ha evidenciado su papel en la predicción no sólo de la satisfacción laboral y el bienestar general de los empleados.¹⁸

Sino también de los resultados organizacionales y el desempeño individual de los trabajadores, así, tal como apuntan Frone y Major, cuando se da una buena comunicación se produce mayor satisfacción laboral, pero, sobre todo, en aquellos trabajadores que están más implicados con su trabajo.

En lo concerniente a las variables relacionadas con el desarrollo del trabajador, se ha encontrado que las mayores oportunidades de desarrollo profesional están significativamente asociadas con elevados niveles de satisfacción laboral, mayor compromiso con la organización y una mínima intención de cambiar de trabajo.

IV.4. Evaluación

Se denomina evaluación al proceso dinámico a través del cual, e indistintamente, una empresa, organización o institución académica puede conocer sus propios rendimientos, especialmente sus logros y flaquezas y así reorientar propuestas o bien focalizarse en aquellos resultados positivos para hacerlos aún más rendidores.¹⁹

Históricamente, la evaluación surge como una herramienta de control, así es que a través de ella los establecimientos de enseñanza no solamente controlan el aprendizaje de sus alumnos, sino que además les permite ejercer un cuidado control sobre la tarea que realizan los maestros, ya que son estos los que en definitiva tienen la enorme responsabilidad de llevar a buen puerto esta cuestión tan determinante para el progreso y la evolución de la humanidad en cualquier parte del mundo. O sea, que contrariamente a lo que se cree, que únicamente los alumnos son los que están sujetos a la evaluación en una institución educativa, los profesores también lo están, ya que ellos en realidad son la clave y pieza fundamental del proceso de educación y que en definitiva terminarán de marcar el éxito o fracaso del mismo.

Aunque en muchas culturas y sociedades el tema de la evaluación siempre ha estado más asociado al alumno y a un número a superar para cumplir con la aprobación de una determinada materia y chau, en el último tiempo y apoyándose en disciplinas como la psicología es que se está intentando cambiar esta mentalidad un tanto arcaica y que poco repara en las posibilidades y características individuales de cada persona y poder de esta manera atender y subsanar aquellos puntos débiles que se pueden presentar en el proceso de aprendizaje y de este modo lograr que la evaluación además de darnos un número que le permita al alumno o al maestro pasar de grado o posicionarse mejor en su carrera, según corresponda, nos hable un poco más de las flaquezas y los aciertos que se pueden dar en este proceso.

IV.5. Calidad

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:²⁰

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato.

Dimensiones de la calidad

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.²¹

Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y estas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa. Las ocho dimensiones que consideramos en detalle a continuación son el producto de varias monografías sobre calidad.

Las mismas constituyen una síntesis de ideas de varios peritos en materia de garantía de calidad. Consideramos que se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo.

Sin embargo, cabe destacarse que no todas las ocho dimensiones merecen la misma importancia en cada programa, sino que tienen que considerarse a la luz de programas específicos y definirse dentro del contexto de las realidades locales. Estas dimensiones de calidad sirven para utilizarse en los servicios de salud que se prestan a los pacientes, así como en los servicios prestados al personal auxiliar de salud.

Competencia profesional

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa.²²

La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos.

Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. Por ejemplo, la forma como una recepcionista responde a las solicitudes de información es un aspecto de la competencia profesional en ese puesto, mientras que la persona encargada de la farmacia tiene que poseer competencia en logística y control del inventario.²³

La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante.

La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

Acceso a los servicios

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención.²⁴

El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.

El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos.

El tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de como la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos. Por ejemplo, la carencia de clínicas vespertinas puede presentar una barrera organizacional para los trabajadores diurnos.

En una sociedad en la que las personas no pueden viajar con facilidad al centro de salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina puede crear un problema de acceso. El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

IV.6. Eficacia

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas.²⁵

Cuando el tratamiento se aplica correctamente, produce los resultados deseados, y el tratamiento recomendado y la tecnología usada la mas apropiada para el medio en el cual se presta el servicio.

La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden como aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales.

Cuando determinan que normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico. Por ejemplo, en una población con un alto numero de embarazos de alto riesgo, la utilización mas frecuente del procedimiento de cesárea puede estar justificada, pese a los riesgos asociados. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

IV.7. Satisfacción del usuario

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes.²⁷

Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante.

Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

Por ejemplo, si no se trata bien al paciente, es probable que este no atienda las recomendaciones formuladas por el miembro del grupo de salud, o que no obtenga la atención necesaria en el futuro a raíz de que se siente incomodo por la forma en que fuera tratado. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.

IV.8. Eficiencia

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención mas optima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.²⁸

La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla.

Dos maneras de mejorar la calidad serian eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, seria engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales. Algunas mejoras cuestan dinero. Por medio de un análisis de eficiencia los directivos del programa de salud pueden determinar la manera más eficaz en función del costo de utilizar recursos adicionales.

IV.9. Continuidad

La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnosis o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda.²⁹

A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los clientes visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

IV.10. Seguridad

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente.³⁰

El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. Por ejemplo, la seguridad es un aspecto importante de la calidad con respecto a las transfusiones de sangre, pero particularmente desde el advenimiento del SIDA.

Los pacientes deben estar protegidos contra las infecciones y los trabajadores de salud que manejan sangre y jeringas también deben protegerse fijando y utilizando procedimientos seguros.

Otros aspectos de seguridad relacionados con las transfusiones de sangre comprenden las condiciones asépticas y la técnica para efectuar la transfusión. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo.

IV.11. Comodidades

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Además, cuando se considera la recuperación de costos, las comodidades pueden servir para que los pacientes estén más dispuestos a pagar por los servicios.³¹

Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad. Como por ejemplo, una sala de espera que es confortable tiene asientos cómodos y una decoración agradable; baños limpios y de fácil acceso y salas de consulta que proporcionan privacidad. Todos estos representan algunas comodidades que pueden ser importantes para los pacientes. Otras comodidades pueden incluir las características que tornan la espera más placentera, como por ejemplo música, videos educativos y materiales de lectura.

Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de muchos países en desarrollo, no obstante, son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

IV.12. Perspectivas del significado de calidad

Las definiciones y dimensiones explicadas anteriormente constituyen un marco teórico amplio en el que se pueden incluir casi todos los aspectos del desempeño del sistema de salud. Todas estas dimensiones son importantes cuando los pacientes, proveedores de servicios de salud y administradores tratan de definir la calidad de la atención desde sus puntos de vista únicos.³²

Que significa la atención de calidad de salud para las comunidades y los pacientes que dependen de ella, los clínicos que la suministran y los gerentes y administradores que la supervisan

IV.13. El paciente

Para los pacientes particulares o las comunidades que reciben atención por parte de estos establecimientos de salud, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita.³³

Desean servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades. La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud primaria. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los pacientes y las comunidades a menudo se concentran en la eficacia, la accesibilidad, las relaciones interpersonales, la continuidad y las comodidades como los aspectos más importantes que la calidad tiene para ellos.

Sin embargo, es importante observar que las comunidades no siempre comprenden totalmente sus necesidades en materia de servicios de salud y no están en condiciones de evaluar la competencia profesional en forma adecuada. Además, el hecho de que las comunidades no siempre entienden sus necesidades en materia de servicios de salud es especialmente cierto para los servicios preventivos.

Son los miembros del grupo de servicios de salud quienes tienen que averiguar cuáles son las condiciones y las necesidades de servicios de la comunidad, a fin de instruir a las comunidades sobre los servicios básicos y darles la mayor participación posible en la definición de la forma en que se prestarán los mismos. Que decisiones deben tomar los profesionales de salud y cuáles la comunidad.

Cual es el campo de acción de los profesionales en este aspecto? Se trata de una esfera de índole subjetiva y cargada de valores que requiere un diálogo constante entre los trabajadores de salud y la comunidad. Se debe mantener una relación de confianza y un proceso de comunicación mutuo entre la comunidad y el grupo de salud para poder negociar estos aspectos de una manera eficaz.

IV.14. Los miembros de servicios de salud

Para los miembros de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u optima.³⁴

Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad. Las preguntas clave que se podrían formular son las siguientes: A cuantos pacientes por hora deben atender los proveedores? .Que servicios de laboratorio tienen a su disposición y que tan precisos, eficaces y confiables son? .Que sistemas de referencia existen cuando se necesitan los servicios de un especialista o una mayor tecnología?³⁰

Son adecuadas las condiciones físicas y sanitarias de trabajo como para garantizar la privacidad de los pacientes y un ambiente profesional para el encuentro? .Tiene la farmacia un suministro confiable de todos los medicamentos que necesitan? .Existen oportunidades para brindar educación medica continua? Así como el sistema de atención de la salud debe responder a las perspectivas y las demandas del paciente, también debe hacerlo con las necesidades y las estipulaciones del proveedor de atención de la salud si se desea maximizar la calidad de esta.

En este sentido, los proveedores de atención medica pueden considerarse como "clientes internos" del sistema de atención de salud. Necesitan y esperan recibir servicios profesionales, administrativos y auxiliares que sean eficaces y eficientes para estar en condiciones de brindar una atención de primera calidad.

IV.15. El administrador de servicios de salud

Los gerentes o administradores de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario. La variedad de las demandas de supervisión, administración logística y financiera y asignación de escasos recursos presenta muchos retos y crisis inesperados.³⁵

Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de las prioridades clínicas. Para un gerente, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes y el acceso de servicios a la comunidad.

Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

IV.16. Garantía de calidad

A medida que progresa y evoluciona el campo de garantía de calidad, han surgido diversas definiciones. El Dr. Avedis Donabedian, la define en términos amplios como el conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención.³⁶

Los doctores Ruelas y Frenk que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de calidad en México la definen como "un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular".

De acuerdo a la Dra. Heather Palmer, experta en garantía de calidad de atención ambulatoria de los Estados Unidos, la garantía de calidad es un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora.

Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición. El doctor Donald Berwick, médico clínico de los Estados Unidos, está tratando de aplicar principios de administración de calidad total (ACT) a los servicios de salud.

La administración de calidad total es un enfoque organizacional integrado, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, lo que comprende la participación de la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos.

De acuerdo con esta filosofía, la mejora continua de la calidad es un programa independiente de supervisión destinado a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima; que los resultados de las actividades de calidad constante sean positivos y que se comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva. Todas estas definiciones de garantía de calidad comparten varias características. Por ejemplo, cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita.

Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible. La garantía de calidad no es una nueva varita mágica, sino que ha formado parte de la atención de salud durante los últimos 100 años.³⁷

Su introducción a la medicina moderna se debe a una enfermera británica, Florence Nightingale, quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

Hasta hace poco, la garantía de calidad se usó principalmente en los hospitales de los países desarrollados, dependiendo en gran medida de las normas de atención formuladas por los organismos acreditantes. En la década de los años 1980, la garantía de calidad se extendió a la atención primaria de la salud en los Estados Unidos y en Europa.

Simultáneamente, los algoritmos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control de casos de diarrea e infección respiratoria aguda (ARI) introdujeron las normas de atención. Después de 1985, la Organización Mundial de la Salud y varios proyectos, como PRICOR y CCCD, comenzaron a utilizar el análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para evaluar la calidad de la atención. Recientemente ha habido una revolución en los métodos de garantía de calidad y una explosión de interés en la elaboración de programas nacionales de GC por varios motivos:

Los movimientos de democratización han llevado a los políticos a considerar con mayor detenimiento las demandas de los ciudadanos con respecto a una atención de mejor calidad. Los problemas económicos de todos los países han limitado su capacidad de mejorar la calidad por medio de un mayor nivel de gastos. Los países se han dado cuenta que las mejoras de la calidad deben provenir de las mejoras de la eficacia y eficiencia dentro de los recursos actuales.

Los directores ven la necesidad de una mayor recuperación de costos, pero se dan cuenta que es difícil cobrar por los servicios a menos que se mejore la calidad.

El éxito de los métodos de control de calidad empleados por la industria en el Japón y recientemente en los Estados Unidos y en Europa, ha motivado a las organizaciones de atención de salud para aplicar los mismos métodos en sus programas de garantía de calidad. Después de solo cinco años, hay ejemplos notables de que pueden lograrse mejoras en la calidad y la eficacia.³³

IV.17. Principios de garantía de calidad

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.³⁸

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve. La garantía de calidad exige un compromiso para determinar que necesitan los pacientes y la comunidad, que quieren y que esperan de los servicios de salud.

El equipo de salud tiene que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y promover la aceptación de los servicios preventivos necesarios.

La planificación de programas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención.

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios. Al enfocar el análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades y tareas, así como los resultados, los enfoques de garantía de calidad permiten a los proveedores de atención de salud y a los directivos forjar una comprensión plena del problema y analizar sus causas a fondo.

En lugar de tratar meramente los síntomas de un problema, la garantía de calidad busca una cura. En los estados avanzados de un programa de GC, el equipo del centro de salud puede todavía ir más lejos por medio de un análisis de los procesos para prevenir problemas antes de que estos ocurran.³⁹

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque orientado hacia la información sirve para que el equipo de GC pruebe sus teorías sobre las causas de fondo, la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad. La participación del personal y el uso de enfoques de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas.

En primer lugar, el producto técnico de un proceso participatorio es probable que sea de mejor calidad porque cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es más probable que la gente acepte y respalde los cambios en que participa. Por ende, la participación genera el consenso y reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales.

Es importante darse cuenta de que la definición de garantía de calidad es amplia en extremo y potencialmente puede subsumir todos los esfuerzos de un programa bajo la perspectiva de ese concepto.

La garantía de calidad puede incluir todo desde investigación aplicada hasta evaluaciones e intervenciones de administración integral. En la práctica, el alcance y la variedad de un esfuerzo de garantía de calidad dependen de las necesidades y la capacidad de la organización de servicios de salud. En la mayoría de los casos, el esfuerzo de garantía de calidad se realizara como una actividad limitada que se integra al sistema de administración existente. Sin embargo, si una organización desea un enfoque mas integral, se puede elaborar una iniciativa de GC dentro del contexto de un esfuerzo de mejora de administración global o administración de calidad total.

IV.18. Proceso de garantía de calidad

El Proceso de GC se basa en la experiencia de colaborar con servicios de salud en los países en desarrollo. Sin embargo, también integra experiencias de metodologías adquiridas anteriormente. El proyecto PRICOR de la A.I.D. elaboro un método práctico y simple de la mejora de la calidad que se aplico en África, Asia y América Latina. La Organización Mundial de la Salud también ha promovido un modelo de GC elaborado por Hannu Vuori que se ha aplicado en ámbitos internacionales escogidos.⁴⁰

Algunos modelos de los Estados Unidos comprenden el ciclo de garantía de calidad utilizado en los ámbitos de atención externa por Palmer; el proceso de diez pasos elaborado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de Salud; y el modelo de mejora de calidad (MMC) que aplica la gestión de calidad total a los servicios de salud. El modelo de mejora de la calidad formulado por el Proyecto de Garantía de Calidad tiene por objeto integrar los aspectos positivos de varios modelos en un proceso lógico y sencillo para la planificación y ejecución de las actividades de GC. Al igual que los modelos anteriores, el Proyecto de Garantía de Calidad define normas, realiza una evaluación, colabora con los proveedores de atención de salud en forma cooperativa, adopta medidas con base en la evaluación y vigila los resultados.

Quizás lo más importante es que presenta un proceso reproducible para mejorar la calidad de la prestación de servicios de atención de salud. Este proceso puede, con el transcurso del tiempo, integrarse a la gestión del programa en curso.

V. HIPÓTESIS

1. El nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013, es alto.

VI. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Satisfacción	Respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio	Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la llegada a la emergencia	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Escolaridad	Curso de la educación formal aprobado	Superior Medio Básico Ninguno	Nominal
Motivo de ingreso	Trastorno que lleva al usuario a se ingresados en la sala de Medicina Interna	Trastorno cardíaco Trastorno gastrointestinal Trastornos pulmonar Trastornos hepático Otros_____	Nominal
Satisfacción del usuario en relación con a la atención de enfermería.	Tratar humanamente al enfermo significa considerarle una persona que sufre, en su cuerpo y en su espíritu, y ha de ser atendida en su totalidad, es decir, en todas sus dimensiones y necesidades.	Cortes Oportuno Amable Calidez Tratamiento recibido Otras_____	Nominal
Satisfacción del usuario con relación al tiempo para se atendido	Experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio	-30 minutos 1 hora 2 horas 2:30 horas Otros	Ordinal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013. (Ver anexo IX.1, Cronograma)

VII.2. Demarcación geográfica

El ámbito del estudio estuvo comprendido por el Departamento de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar. Está ubicado en la parte Norte del Distrito Nacional, Área IV de Salud y que a su vez pertenece a la región metropolitana. Los límites de la Ciudad Sanitaria son los siguientes: al Sur, la calle Federico Velásquez, al Este, la Albert Thomas, al Norte, la Osvaldo Bazil y al Oeste, la Federico Bermúdez.

VII.3. Universo

Estuvo constituido por 210 usuarios ingresados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013

VII. 4. Muestra

Estuvo constituido por 100 usuarios escogidos de forma no intencional ingresados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013

VII.5. Criterios

VII.5.1. de inclusión

- . Usuarios ingresados en el Departamento de Medicina Interna.
- . Usuarios mayores de 18 años.
- . Usuarios que deseen participar en el estudio.
- . Usuario que pueda responder preguntas

VII.5.2. Criterios de exclusión

- . Usuarios que no presenten los criterios de inclusión.

VII.6. Procedimientos

Se elaboró un formulario, el cual contiene todas las variables a investigar, este fue llenado a partir de los datos informados por los entrevistados. La población a encuestar fue previamente identificadas, donde se les informó los motivos de la investigación.

VII.7. Instrumento de recolección de datos

Se procedió a elaborar un cuestionario tipo Likert, con preguntas cerradas que permitieron valorar el nivel de satisfacción de los usuarios, el cual fue llenado por las sustentantes.

Escalas Likert

La escala de tipo Likert es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Es un método de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como negativo de cada enunciado.

La satisfacción se midió mediante la siguiente escala.

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

VII.8. Tabulación de los datos

La información fue procesada mediante la técnica de palotes y para su mejor comprensión, asistidos por el programa EPI-INFO-6.0.

VII.9. Principios éticos

Previo a cada encuesta les explicó los objetivos y fines de la investigación a la población a estudiar, para contar con el consentimiento informado de los usuarios. La responsabilidad de manejar los datos obtenidos será de las sustentantes, omitiendo nombres para mantener la confidencialidad de la información.

VIII. RESULTADOS

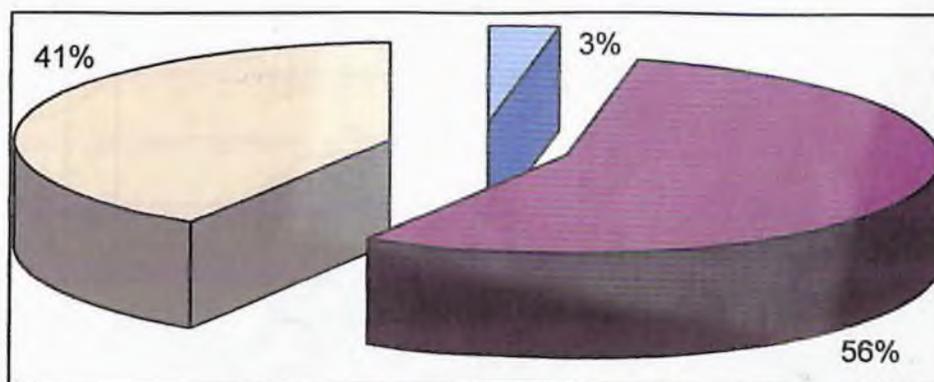
Cuadro 1. Nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Nivel de satisfacción	Frecuencia	%
Muy satisfecho	3	3.0
Satisfecho	56	56.0
Insatisfecho	41	41.0
Total	100	100.0

Fuente: Directa.

Se observó que el 56 por ciento de los usuarios se encuentran satisfechos por el servicio prestado, un 41 por ciento señaló no estar satisfecho y el 3 por ciento se encontraba muy satisfecho.

Gráfico 1. Nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.



Fuente: Cuadro 1

■ Muy satisfecho ■ Satisfecho ■ Insatisfecho

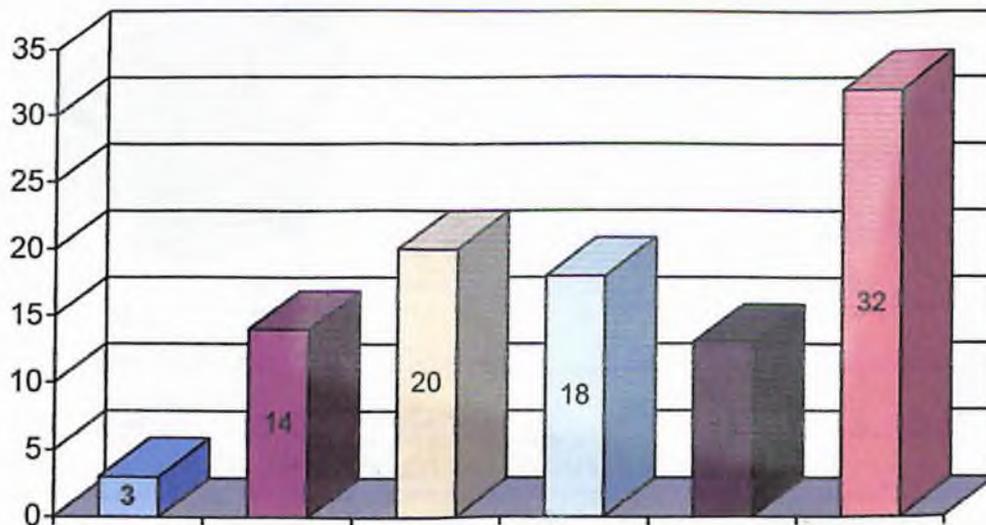
Cuadro 2. Edad de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Edad (años)	Frecuencia	%
10 – 19	3	3.0
20 – 29	14	14.0
30 – 39	20	20.0
40 – 49	18	18.0
50 – 59	13	13.0
≥ 60	32	32.0
Total	100	100.0

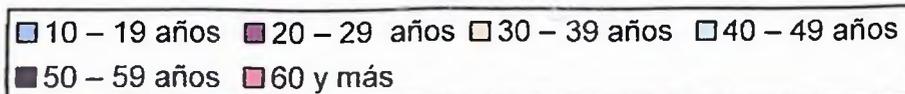
Fuente: Directa.

Se observó que un 32 por ciento de los usuarios eran mayores de 60 años y un 20 por ciento se hallaron de 30-39 años.

Gráfico 2. Edad de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.



Fuente: Cuadro: 2



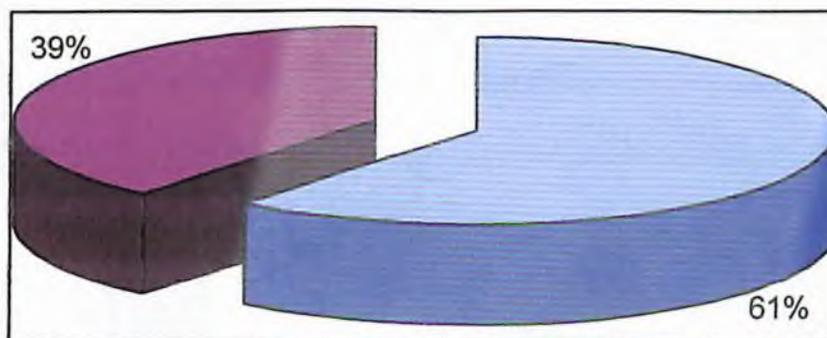
Cuadro 3. Sexo de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	61	61.0
Femenino	39	39.0
Total	100	100.0

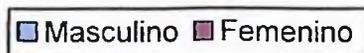
Fuente: Directa.

Se evidenció que el 61 por ciento de los usuarios correspondieron al sexo masculino, mientras que un 39 por ciento correspondió al sexo femenino.

Gráfico 3. Sexo de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.



Fuente: Cuadro 3



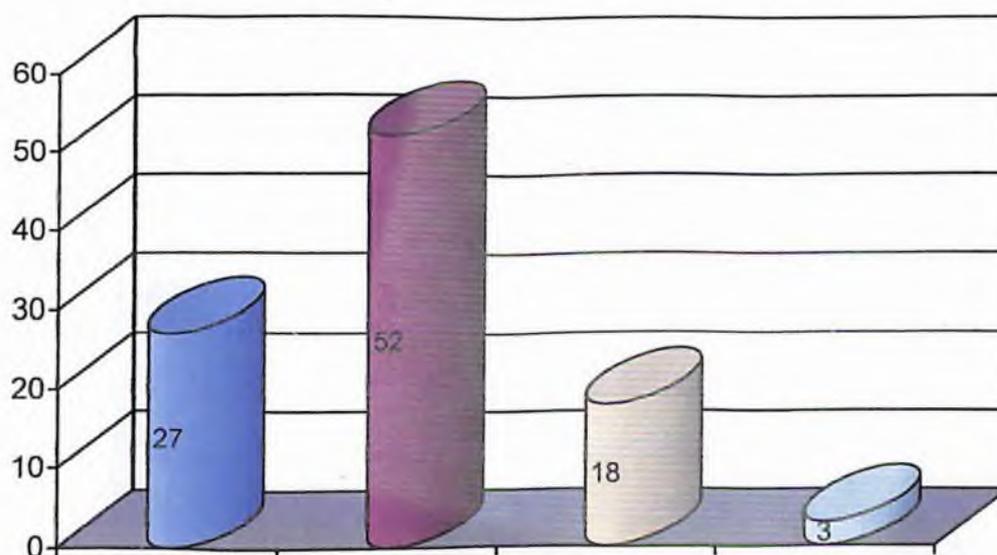
Cuadro 4. Escolaridad de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	27	27.0
Básica	52	52.0
Media	18	18.0
Superior	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Directa.

Se evidenció que el 52 por ciento de los usuarios tenían un nivel básico de escolaridad y un 27 por ciento eran analfabetos.

Gráfico 4. Escolaridad de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.



Fuente: Cuadro 4

■ Ninguna ■ Básica □ Media □ Superior

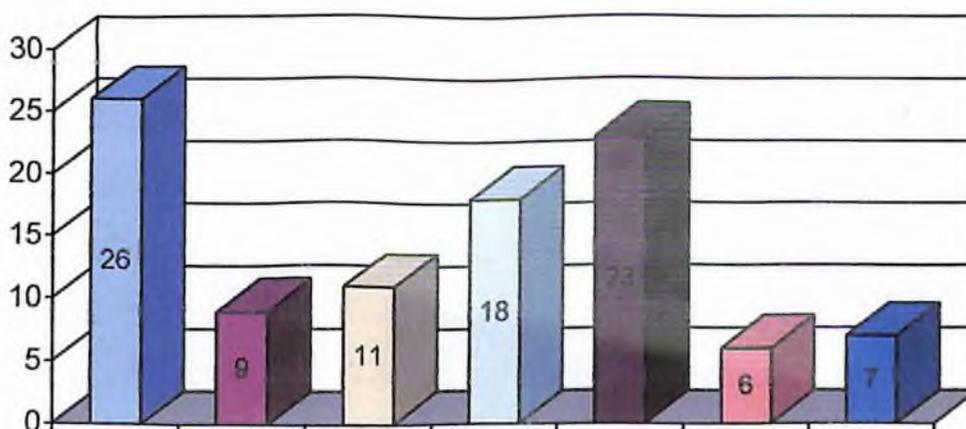
Cuadro 5. Motivo de ingreso de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Motivo de ingreso	Frecuencia	%
Trastornos gastrointestinal	26	26.0
Trastornos cardíacos	9	9.0
Trastorno hepáticos	11	11.0
Accidente cerebro vascular	18	18.0
Trastornos pulmonares	23	23.0
Diabetes descompensada	6	6.0
Trastornos hemáticos	7	7.0
Total	100	100.0

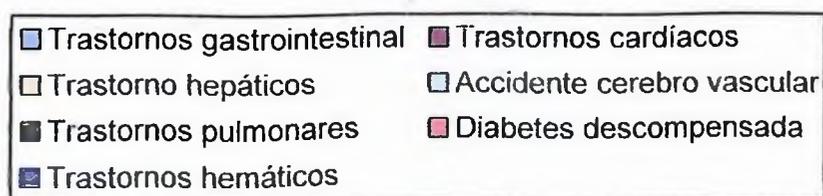
Fuente: Directa.

Se encontró que un 26 por ciento de los usuarios fueron ingresados por padecer trastornos gastrointestinales y un 23 por ciento por trastornos pulmonares.

Gráfico 5. Motivo de ingreso de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.



Fuente: Cuadro 5



Cuadro 6. Edad y nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Edad (años)	Nivel de satisfacción						Total	
	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
10 – 19	1	1.0	2	2.0	0	0.0	3	3.0
20 – 29	0	0.0	8	8.0	6	6.0	14	14.0
30 – 39	0	0.0	12	12.0	8	8.0	20	20.0
40 – 49	1	1.0	9	9.0	8	8.0	18	18.0
50 – 59	0	0.0	6	6.0	7	7.0	13	13.0
≥ 60	1	1.0	19	19.0	12	12.0	32	32.0
Total	3	3.0	56	56.0	41	41.0	100	100.0

Fuente: Directa.

Se encontró que del 32 por ciento de los usuarios mayores de 60 años, el 19 por ciento se encontraba satisfecho, un 12 por ciento insatisfecho y el 1 por ciento muy satisfecho.

Cuadro 7. Sexo y nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Edad (años)	Nivel de satisfacción						Total	
	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Masculino	2	2.0	37	37.0	22	22.0	61	61.0
Femenino	1	1.0	19	19.0	19	19.0	39	39.0
Total	3	3.0	56	56.0	41	41.0	100	100.0

Fuente: Directa.

Se observó que del 61 por ciento de los usuarios correspondientes al sexo masculino un 37 por ciento se encontraba satisfecho, el 22 por ciento insatisfecho y el 2 por ciento muy satisfecho.

Cuadro 8. Escolaridad y nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Escolaridad	Nivel de satisfacción						Total	
	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Ninguna	1	1.0	14	14.0	12	12.0	27	27.0
Básica	1	1.0	29	29.0	22	22.0	52	52.0
Media	1	1.0	11	11.0	6	6.0	18	18.0
Superior	0	0.0	2	2.0	1	1.0	3	3.0
Total	3	3.0	56	56.0	41	41.0	100	100.0

Fuente: Directa.

Se encontró que del 52 por ciento de los usuarios del nivel básico de escolaridad, un 29 por ciento se encontraba satisfecho, el 22 por ciento insatisfecho y el 1 por ciento muy satisfecho.

Cuadro 9. Tiempo en ser atendido y nivel de satisfacción de los usuarios ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar durante junio-agosto, 2013.

Tiempo en ser atendido	Nivel de satisfacción						Total	
	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho			
	Fc.	%.	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
< 30 min	1	1.0	7	7.0	1	1.0	9	9.0
1 hora	2	2.0	12	12.0	7	7.0	21	21.0
2 horas	0	0.0	33	33.0	15	15.0	48	48.0
≥ 2 horas	0	0.0	4	4.0	18	18.0	22	22.0
Total	3	3.0	56	56.0	41	41.0	100	100.0

Fuente: Directa.

Se evidenció que del 48 por ciento de los usuarios que permanecieron 2 horas en ser atendidos, el 33 por ciento se encontraba satisfecho y un 15 por ciento insatisfecho. Del 22 por ciento en ser atendido por más de 2 horas, el 18 por ciento se encontraba insatisfecho.

IX. DISCUSIÓN

Durante el período junio-agosto del 2013 fueron ingresados en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar un total de 210 usuarios, de los cuales fueron encuestados 100 con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción por los servicios prestados, de los cuales el 59 por ciento señalaron estar muy satisfechos o satisfecho con los. Al comparar este hallazgo con Seclén y Darras⁴, quienes en su estudio sobre el nivel de satisfacción del usuario en centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud Asistencial (MINSAs) de Perú durante enero-mayo del 2005, reportan que 68.1 por ciento se encuentran satisfecho, con Barba⁵ *et al*, quienes en su estudio encontraron que el 82.3 por ciento se encontró satisfecho con la atención prestada y con Ramírez⁶ *et al*, los cuales en su investigación acerca del nivel de satisfacción de los usuarios de la emergencia del Hospital Regional y Universitario Jaime Mota, en el mes de Febrero del año 2011, encontraron que el 88.4 por ciento se encontraba satisfecho con la prestación de los servicio. El porcentaje encontrado en este estudio es muy inferior a los reportados por estos autores.

El perfil demográfico de los usuarios, fue una población entrada en edad (mayores de 40 años, con un 63%), con un rango menor de 20 años y un mayor de 85 años, predominantemente masculino (61%) con una escolaridad que prevaleció el nivel básico o menos (79%), con un predominio de ingresados por trastornos gastrointestinales, con un 26 por ciento. Datos similares fueron encontrados por Chang³ en su estudio sobre satisfacción de los pacientes con la atención médica realizado en el 2009 y con Carbonell³⁶ en su investigación acerca de los determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario, llevada a cabo en el 2006.

El factor edad muestra asociación negativa con la satisfacción, es decir, a mayor edad existe más probabilidad de estar insatisfecho con la atención. Por ejemplo, los mayores de 60 años tuvieron 12 veces más probabilidades de estar insatisfechos en relación a los adolescentes. De otro lado, los correspondientes al sexo masculino presentaron una mayor probabilidad de estar insatisfechos con la atención. Hallazgos que difiere de Jelenkovic²¹ en su

investigación sobre el enfoque de satisfacción del cliente en los centros de atención médica privada (Caso Consultas externas de Medicina Interna en las clínicas privadas de Paraguaná). Punto Fijo, Estado Falcón, realizada en el 2007, quien encontró una mayor frecuencia de insatisfacción en las edad baja y en el sexo femenino.

En el caso del nivel educacional, los de los niveles medios y superior tienen menor porcentaje de insatisfacción con relación a los del nivel básico o los que no tienen estudios, según resultados del análisis de frecuencia simple. Sin embargo, esa relación no fue significativa al ajustar efectos. Empero existe cierta tendencia asociativa. Inversamente, los de menor nivel educacional presentaron más posibilidades de satisfacción, aunque en magnitudes *significativas*.

En cuanto al tiempo en ser atendido y los niveles de satisfacción, se encontró una mayor proporción de insatisfecho en la medida en que se tardaba más en la prestación de atención, observándose bajo niveles de insatisfacción cuando el usuario fue atendido antes de la hora, lo cual es compatible con encontrado por Aguilera⁷ en su encuesta de satisfacción del Salud 2006 y con 8. Burdiles⁸ *et al*, en su estudio sobre atributos del médico tratante: estudio desde el punto de vista del paciente realizado en el 2008, quienes señalan que a mayor tardanza en la prestación de servicio hospitalario mayor es el grado de insatisfacción de los pacientes.

X. CONCLUSIONES

El 56 por ciento de los usuarios se encuentran satisfechos por el servicio prestado, un 41 por ciento señaló no estar satisfecho y el 3 por ciento se encontraba muy satisfecho.

Un 32 por ciento de los usuarios eran mayores de 60 años y un 20 por ciento se hallaron de 30-39 años.

El 61 por ciento de los usuarios correspondieron al sexo masculino, mientras que un 39 por ciento correspondió al sexo femenino.

El 52 por ciento de los usuarios tenían un nivel básico de escolaridad y un 27 por ciento eran analfabetos.

Un 26 por ciento de los usuarios fueron ingresados por padecer trastornos gastrointestinales y un 23 por ciento por trastornos pulmonares.

Del 32 por ciento de los usuarios mayores de 60 años, el 19 por ciento se encontraba satisfecho, un 12 por ciento insatisfecho y el 1 por ciento muy satisfecho.

Del 61 por ciento de los usuarios correspondientes al sexo masculino un 37 por ciento se encontraba satisfecho, el 22 por ciento insatisfecho y el 2 por ciento muy satisfecho.

Del 52 por ciento de los usuarios del nivel básico de escolaridad, un 29 por ciento se encontraba satisfecho, el 22 por ciento insatisfecho y el 1 por ciento muy satisfecho.

Del 48 por ciento de los usuarios que permanecieron 2 horas en ser atendidos, el 33 por ciento se encontraba satisfecho y un 15 por ciento insatisfecho. Del 22 por ciento en ser atendido por más de 2 horas, el 18 por ciento se encontraba insatisfecho.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública

Considerar la satisfacción del usuario como un indicador para medir los resultados de políticas en salud destinadas a promover y garantizar la calidad en los servicios de salud, donde la satisfacción constituya un eje clave.

Establecer un sistema de monitoreo de la satisfacción y sus causales, identificando las experiencias de los usuarios durante su itinerario en el establecimiento de salud, promoviendo estrategias de uso de información entre los gestores y el personal de salud.

Promover el uso periódico y racional de las bases de datos de encuestas nacionales de tipo social y sanitario, pues, como se nota en este estudio, su análisis secundario puede contribuir en el mayor conocimiento de problemas relacionados con la salud y los efectos

A la Dirección del Hospital Dr. Luís E. Aybar.

Desde el punto de vista metodológico y con la idea de soporte a la gestión local, sería necesario realizar encuestas rápidas de medición de las experiencias, expectativas y satisfacción de los usuarios. De suma utilidad sería combinar los métodos cuantitativos y cualitativos, ello facilitaría no sólo determinar la magnitud de la situación problema (el ¿cuánto?), sino también identificar las razones de dicha situación (el ¿por qué?).

Definir estrategias operativas para mejorar la eficiencia de los servicios, tomando en cuenta los resultados obtenidos con la aplicación de este tipo de encuesta

Al personal médico que labora en la sala de Medicina Interna del Hospital Dr. Luís E. Aybar.

Mejorar el porcentaje de población satisfecha del usuario mediante atención de calidad y de forma holística

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Seclén Palacín J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de salud asociados Perú, An Fac Lima. 2005;66(2):127-141.
2. Cetina T., R.E., Chan-Canul, A.G. y Sandoval J., L. (2006). Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44(6), 535-540.
3. Chang M. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;15(5):541-7.
4. Álvarez-López L, La satisfacción laboral su medición y evaluación; una experiencia cubana. Rev Clim Lab, 2005:1-9.
5. Duran J, Villalbí JR, Guix J. Grupo de Trabajo sobre Clientes de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. Gac Sanit. 2004;18:479-482.
6. Fernández San Martín MI, Villagrasa Ferrer JR, Fe Gamó M, Vázquez Gallego J, Cruz Cañas E, Aguirre Trigo M, Andradas Aragonés V. Estudio de la Satisfacción Laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Rev Esp Salud Pú, 2006; 69; 487-497.
7. Aguilera M. Encuesta de Satisfacción de Salud 2006. Servicio Madrileño de Salud. 2007:56-65.
8. Burdiles P, Csendes A, Molina P, Gonzáles G, Ramírez C, Puchi A y col. Atributos del médico tratante: estudio desde el punto de vista del paciente. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2008;12(4):259-65.
9. Bernat-Jiménez A, Izquierdo P, Jiménez L, Bardón I, Casado N. Satisfacción laboral: Análisis de las variables predictoras en una muestra de profesionales de la salud, en Atención Especializada, de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. Rev Seg Trab, 2009; 55(2117):1-5.

10. Lomeña-Villalobos J, Campaña-Villegas F, Nuevo-Toro G, Soria D., Berrocal. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Med Fam*, 2004; 5; 147-155.
11. Trincado-M, Fernández E, Calidad de la atención de salud; atención de enfermería. *Rev Cub Enferm*, 2008:1-5.
12. Fernández San Martín MI, Villagrasa Ferrer JR, Fe Gamó M, Vázquez Gallego J, Cruz Cañas E, Aguirre Trigo M, Andradás Aragonés V. Estudio de la Satisfacción Laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Púb*, 2006; 69; 487-497.
13. Lomeña-Villalobos J, Campaña-Villegas F, Nuevo-Toro G, Soria D., Berrocal. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Med Fam*, 2004; 5; 147-155.
14. Meliá JL, Peiró JM. La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción s20/23. [Coconsultado el 27/8/2012] Disponible en:
http://www.uv.es/~meliajl/Research/Art_Satisf/ArtS20_23.PDF
15. Seclén Palacín J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de salud asociados Perú, *An Fac Lima*. 2005;66(2):127-141.
16. Jiménez E, Pérez E. Satisfacción laboral de la enfermera *Rev Enferm IMSS* 2009; 7(3):177-180
17. Rascón C, Loreto E, Abril R. Satisfacción de las usuarias. Las participantes de ambas unidades de salud presentaron características sociodemográficas similares. *Salus cum propositum vital*, 2007;8(3):1-11.
18. John B Bache, Carolyn Armit, Cathy Gadd, *Handbook of Emergency Department Procedures*, ISBN 0-7234-3322-4
19. Swaminatha V Mahadevan, *An Introduction To Clinical Emergency Medicine: Guide for Practitioners in the Emergency Department*, ISBN 0-521-54259-6
20. Gresser, Joseph. C president found hospital a pleasant surprise, the *Chronicle*, 18 de noviembre de 2009:21-22.

21. Jelenkovic Z. El enfoque de satisfacción del cliente en los centros de atención médica privada (Caso Consultas externas de Medicina Interna en las clínicas privadas de Paraguaná). Punto Fijo, Estado Falcón. Tesis en Gerencia de Empresas Mención Mercadeo. No publicado. Universidad del Zulia. Núcleo Punto Fijo. 2007:23-27.
22. Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes. Organización Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2009.
23. Labrador H. La Satisfacción del Cliente. CIDEA. [Consultado el 20/8/2012]. Disponible en: <http://www.henderlabrador.galeon.com>.
24. Mesquita, M; Pavlicich, V; Benitez, S Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Paraguay. Pediatría (Asunción), 2008;35(1):78-82.
25. Palafox G. Calidad en el servicio. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. [Consultado el 25/8/2012]. Disponible: <http://www.gerenciasalud.com>.2008
26. Suárez R. Calidad percibida por los pacientes de un servicio de emergencia extrahospitalario. Póster presentado en el XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Palma de Mallorca, 2005:8-11
27. Jiménez Caugas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 1996;22(1):37-43.
28. Timaná-Yenque L. Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao-Perú. [Consultado el 12/8/2012]. Disponible en: www.portalemedicos.com.
29. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C.:OPS/OMS; 2008:382-286.
- 30.

31. Vacarezza R. De los derechos del paciente. Rev Méd Chile 2010;128:1380-1384.
32. Carbonell MA. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Rev. Emergencias 2006; 18:30-35.
33. Muñiz-González R. Marketing en el siglo XXI. En: Teorías de la motivación. [Citado el 27/8/2012]. Disponible en: <http://www.marketingxxi.com/teorias-de-la-motivacion-90.htm>.
34. Zas Ros B, Grau-Abalo JA, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud y gestión Institucional. En: Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México, Universidad de Guadalajara; 2005:34-40.
35. Amigó M. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias. Rev. Emergencias 2006; 18:7-16
36. Vacarezza R. De los derechos del paciente. Rev Méd Chile 2010;128:1380-1384.
37. Carbonell MA. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Rev. Emergencias 2006; 18:30-35.
38. Gálvez M, Sánchez J, Mateo I. Frecuencia de desnutrición según peso para la edad en niños de 0-5 años en el Hospital Dr. Luís E. Aybar julio-agosto 2008. Tesis de grado UASD, 2008.
39. Hodgson, IM. Evaluación del estado nutricional. Guía de Nutrición en Salud. 2005:1-8
40. Chang M. Satisfacción de los pacientes con la atención medica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009;15(5):541-7.
41. Álvarez-López L, La satisfacción laboral su medición y evaluación; una experiencia cubana. Rev Clim Lab, 2005:1-9.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Actividades	2013																				
	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Módulo sobre investigación en salud	X	X																			
Selección del tema y revisión de bibliografía			X	X	X																
Determinación del problema						X	X														
Elaboración de instrumento								X	X												
Aplicación del cuestionario y tabulación de los datos										X	X	X	X								
Elaboración del informe final														X	X						
Entrega de informe final y digitación de tesis															X	X		X			
Examen de tesis																				X	

XIII.2. Formulario de recolección de información

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS INGRESADOS EN LA SALA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. LUÍS E. AYBAR DURANTE JUNIO-AGOSTO, 2013

Formulario No. _____

1. Edad _____ años

2. Sexo: Masc _____ Fem _____

3. Escolaridad

Ninguna

Básica

Media

Superior

4. Motivos de ingreso

Trastorno cardíaco

Trastorno gastrointestinal

Trastornos pulmonar

Trastornos hepático

Otros _____

4. ¿Cómo se siente con la cortesía del personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4. Satisfacción

4.1. ¿Cómo se siente con la cortesía del personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.2. ¿Cómo se siente con la atención recibida por el personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.3. ¿Cómo se siente con la amabilidad del personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.4. ¿Cómo se siente con la calidez del personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.5. ¿Cómo se siente con el tratamiento recibido del personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.6. ¿Cómo calificaría usted la información recibida del personal de salud?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.7. ¿Está usted satisfecho con la limpieza de la sala?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.8. ¿Está usted satisfecho con la comodidad, limpieza y comida en la sala?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

4.8. ¿Qué tiempo permaneció usted para ser atendido en la sala

-30 minutos

1 hora

2 horas

2:30 horas

4.9. ¿Está usted satisfecho con el tiempo de espera?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

XIII.3. Costos y recursos

3.1. Humanos			
Tres sustentantes			
Una asesora			
Un estadígrafo			
3.2 Equipos y materiales	Cantidad	Precio RD\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resma	160.00	640.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	4 unidades	5.00	20.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador			
Impresora			
Proyector			
Cartucho HP	3 unidades	1500.00	5000.00
Calculadoras	1 unidad	150.00	150.00
3.3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
3.4. Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2400.00
Encuadernación	10 informes	200.00	2000.00
Transporte	20 pasajes x	25.00 c/u	1200.00
Imprevistos	4		2000.00
Pago de tesis	3 estudiantes	6000.00	18000.00
Tarjetas de llamada	15	60.00 c/u	900.00
Total		RD\$ 32670.00	

XIII.4. Evaluación

Sustentante

Dra. Luisa M. Cordero L.

Dra. Luisa M. Cordero Lachapel

Asesores

L. M. C.

Dra. Lucina Mercedes. Llauger
Asesor clínico

R. D. P.

Rubén Darío Pimental
Asesor metodológico



Jurado:

[Signature]

[Signature]

Autoridades:

G. S.

Dra. Gladis Soto
Coordinadora Residencia
Medicina Familiar



E. F.

Dr. Edson Félix
Jefe de Enseñanza



[Signature]

Dr. Eduardo García
Director de la Escuela Medicina
UNPHU

[Signature]

Dr. José Asilis Zaiter
Decano Facultad de Ciencias
de la Salud UNPHU



Fecha presentación: 29/1/2014

Calificación: 95