

**Nivel de satisfacción en la asignación de citas médicas en el servicio de
consulta externa en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató
Risaralda.**

**Asesor metodológico
NINI JOHANNA BECERRA GONZALEZ**

**Asesor temático
DIEGO CARMONA CARMONA**

**Geovanny Henao Holguín
María Cristina Marín Cardona
Valery Estefanía Ramírez Castro
Ivonne Maritza Zapata Cañas**

**Pereira
Fundación Universitaria del Área Andina
Especialización en auditoría en salud
Investigación I - II
2018**

CONTENIDO

1. PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	8
3.1. Objetivo general	8
3.2. Objetivos específicos	8
4. MARCO DE REFERENCIA	9
4.1. Marco de Antecedentes	9
4.1.1. Antecedentes nacionales	9
4.1.2. Antecedentes internacionales	11
4.2. Marco Teórico	14
4.2.1. El concepto de calidad	14
4.2.2. Calidad en la prestación de servicios de salud	18
4.2.3. Dimensiones de la calidad en el sector salud	33
4.2.4. El Sistema de Salud en Colombia	38
4.3. Marco Conceptual	40
4.4. Marco espacial	46
4.5. Marco Institucional	47
4.5.1. Historia	47
4.5.2. Misión	47
4.5.3. Visión	48
4.5.4. Principios corporativos	48
4.5.5. Valores corporativos	48
4.6. Marco Jurídico	49
5. DISEÑO METODOLÓGICO	52
5.1. Diseño o tipo de investigación	52
5.2. Población	52
5.3. Marco muestral	53

5.4.	Unidad de análisis	53
5.5.	Criterios de selección, eliminación y exclusión	54
5.6.	Variables	54
5.7.	Plan de análisis	56
5.7.1.	Recolección de datos	56
5.7.2.	Tabulación de la información	56
5.7.3.	Análisis de datos	57
5.7.4.	Resultados esperados	66
5.8.	Compromisos	57
5.8.1.	Compromiso bioético	57
5.8.2.	Compromiso medioambiental	57
5.8.3.	Compromiso social	68
5.9.	Difusión de resultados	68
5.10.	Aspectos administrativos	68
5.10.1.	Cronograma de trabajo	68
5.10.2.	Presupuesto	69
7.	BIBLIOGRAFÍA	79

1. PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Uno de los mayores retos que tiene Colombia a nivel de salud, es garantizar la prestación de un excelente servicio, con calidad, eficiencia, eficacia, equidad y accesibilidad para todas las personas que lo requieran. Si bien es cierto que el sistema de salud colombiano tiene dos grandes fortalezas con respecto a otras naciones, al garantizar cobertura y acceso universal, estos logros se ven empañados por la pesadilla en la que se ha convertido lidiar con dicho sistema y por las múltiples barreras que impiden una adecuada prestación de los servicios de salud.

Es innegable que se han realizado mejoras, sin embargo, el acceso a los servicios de salud sigue siendo uno de los aspectos más vulnerados en Colombia, siendo la accesibilidad y la oportunidad una de las múltiples causas que conllevan a esta problemática. Accesibilidad es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud. La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de los servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (1).

En referencia al acceso, se habla de barreras geográficas, económicas, sociales, administrativas, políticas, normativas, culturales, idiosincráticas y la poca oferta. En cuanto a la oportunidad, una de las principales inconformidades manifestadas por los usuarios hace referencia al tiempo de espera y las demoras para la atención (2). Estas barreras no solo disminuyen el acceso y la calidad de la atención, sino que generan una mala percepción del servicio por parte de los usuarios.

En los últimos años, el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más terreno. Ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario. Habitualmente se enmarca el accionar en el sector salud con cuatro palabras: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. La

prestación de servicios debe realizarse con equidad, procurando una estrategia coordinada efectiva y sostenible para poder así resolver los problemas de salud existentes y afrontar los nuevos desafíos de la salud, esto es, dar más a quién más necesita, garantizando la accesibilidad; con eficacia, de acuerdo con esta se debe hablar de los profesionales de la salud quienes deberían estar proclives con su práctica sanitaria a establecer sinergias que puedan contribuir al logro de este propósito o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas que garanticen la confianza en el usuario logrando con ello efectividad, esta efectividad se verá reflejada en cobertura e impacto adecuados; eficiencia, se obtendrá con rendimiento y costos acordes. Sin ninguna duda esto constituye la calidad de los servicios de salud (3).

Sin lugar a duda la percepción se convierte entonces en un elemento fundamental para analizar la calidad de los servicios de salud, pues de ella depende la satisfacción de los usuarios; esta última se ha convertido hace poco más de una década en uno de los ejes de evaluación de servicios de salud, al ser apreciada como relevante al menos en cuatro 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, de igual modo se relaciona con la conducta del paciente y sus resultados en términos de salud individual (4;5).

Ahora bien, en la ESE Hospital san Vicente de Paul desde hace varios años se vienen presentando inconformidades por parte de los usuarios con respecto al proceso de asignación de turnos para las citas médicas de consulta externa. Pese a que dicho proceso ha sido objeto de varias modificaciones a lo largo de los últimos años, los usuarios siguen manifestando numerosas inconformidades con respecto al mismo, lo cual deteriora su percepción de la calidad de los servicios de salud que les presta la entidad y son frecuentes las quejas por la forma como se asignan las citas médicas, debido principalmente a los largos periodos de espera y al hecho de que esto último, no les garantiza la consecución de un turno, las directivas del hospital manifiestan que esto sucede principalmente por falta de personal médico para atender adecuadamente la demanda de servicios que se genera en el hospital, teniendo en cuenta que se trata de la única institución que presta servicios de salud en el municipio, además aseguran que para contratar más personal sería necesario realizar modificaciones a la infraestructura de la institución pues los consultorios no son suficientes.

1.2. Formulación del problema

De lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios frente al procedimiento de asignación de citas médicas de consulta externa en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató Risaralda?

2. JUSTIFICACIÓN

El acceso a los servicios de salud es una preocupación mundial que incluso hace parte de la agenda mundial para el desarrollo (2). Así mismo, la calidad, que según la OMS es el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del usuario (6).

En Colombia, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente, se ha definido la calidad en la atención sanitaria como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana (7)

Se deduce entonces que el conocimiento de las expectativas de los usuarios constituye el primer y posiblemente más relevante paso en la prestación de un servicio de calidad. Para suministrar servicios que los usuarios perciban como excelentes, es necesario que la organización conozca lo que ellos esperan. Esa falta de conocimiento puede significar que se invierta tiempo, dinero y otros recursos en acciones que no tienen importancia para los usuarios (8)

Evaluar la calidad de un servicio de atención desde la perspectiva de los usuarios es cada vez una estrategia más utilizada, ya que existe la certeza de que son ellos quienes pueden monitorizar y finalmente calificar los diferentes aspectos que influyeron en su atención, en el área de la salud esto cobra aún más importancia ya que se ha demostrado que los pacientes satisfechos son quienes siguen más efectivamente las recomendaciones médicas y por tanto quienes muestran una mejora en su salud de forma más rápida y duradera (9).

Los significados que tengan los usuarios sobre salud y específicamente sobre calidad, son fundamentales en la formulación de estrategias para mejorar la atención en salud, y para que éstas respondan a las verdaderas necesidades de la población. Según Ramírez, citado por Cano (10) y Giraldo “nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi

imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente”.

Hace más de dos décadas que el concepto de calidad de atención ha incluido el enfoque tanto individual como poblacional, asegurando el otorgamiento de servicios de salud con base en la mejor evidencia científica disponible y con énfasis en los resultados deseables en salud. Este concepto implica que los pacientes estén informados y compartan la toma de decisiones para su atención, aunque tradicionalmente el análisis de la calidad de atención se ha centrado en la dimensión técnica u objetiva, más que en la dimensión desde la perspectiva del paciente, la cual se considera subjetiva (11).

Hoy por hoy, la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios de salud, ya que, a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con relación a la atención recibida, con los cuales se adquiere información valiosa que beneficiará a la institución que brinda este servicio en salud (12).

Esta investigación es de gran importancia ESE Hospital San Vicente de Paúl desde el punto de vista práctico, pues con base en los resultados obtenidos y el análisis de estos, se planteará una propuesta para que el proceso de asignación de turnos para citas médicas sea más eficiente y ágil en términos de tiempo y de oportunidad. A largo plazo, se espera cambiar la percepción de la calidad que tienen los usuarios/pacientes de la institución y, por ende, esto se traducirá en una mejora de la calidad de vida de la comunidad mistratense.

Para los investigadores, llevar a cabo este estudio se convierte en una oportunidad de poner en práctica lo aprendido durante estos últimos meses, en la especialización en Auditoría en Salud, realizada en la Fundación Universitaria del Área Andina, brindándoles además la satisfacción de involucrarse directamente en la solución de una problemática que vive una pequeña comunidad, pero que refleja lo que sucede en toda Colombia.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios en la asignación de citas médicas de consulta externa en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató Risaralda.

3.2. Objetivos específicos

- ❖ Caracterizar socio demográficamente la población estudiada
- ❖ Identificar los factores que inciden en el nivel de satisfacción de los usuarios en la asignación de citas médicas de consulta externa en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató Risaralda.
- ❖ Proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1. Marco de Antecedentes

A nivel internacional se tuvieron en cuenta, en primer lugar, dos estudios realizados en España en el año 2005. El primero denominado *La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria* realizado por C Nebot Adell otros (20), quienes tratan de determinar los aspectos del centro de atención primaria (CAP) que desagradan más a los clientes/usuarios, investigar sus determinantes y aplicar la intervención o intervenciones correspondientes. Se trató de detectar los motivos de insatisfacción a través de un estudio observacional transversal. Los autores pudieron concluir que la opinión de los usuarios ayuda a conocer en qué medida los servicios públicos de salud están cumpliendo sus expectativas, y que la mejora de los procesos es un paso fundamental para la mejora continua, pero debe ir acompañada de recursos adecuados a las necesidades de la población. El segundo "***Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención***" realizado por Redondo Martín (21) y otros donde se analizan las opiniones de los usuarios de atención primaria en relación a la atención que reciben e identificar las principales áreas de satisfacción. El estudio fue cualitativo mediante grupos de discusión y entrevistas abiertas. Se concluyó que la atención personalizada, el tiempo dedicado por el profesional, la continuidad de los cuidados y las listas de espera son las principales áreas relacionadas con la satisfacción percibida por los pacientes. Las posibles respuestas para mejorar esta situación son: la implementación de cambios en la gestión y la organización asistencial que simplifiquen los procesos, la inversión de recursos (humanos y económicos), los cambios en el modelo de relación profesional-paciente y la mejora en la formación de pregrado y posgrado.

En el año 2011 en Ecuador, Mélida Rosario Bravo Tapia (19) realiza "***Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña***" un estudio para analizar la percepción de la calidad de la atención que tienen los usuarios en la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña. Se trata de un diseño descriptivo; cuya unidad de análisis son los usuarios que demandan el servicio de consulta externa. Los resultados más relevantes indicaron que el 76.7% de los encuestados manifiestan que para ser atendidos debe esperar hasta 180 minutos, sin embargo refieren como poco y aceptable este tiempo. Otros factores relacionados con la calidad de atención como: si el profesional le examinó, si tuvo privacidad, si les puso atención a sus dolencias, si le explicó el cuadro clínico, si entendió las recomendaciones, el 96.7% de los usuarios encuestados manifiestan su bienestar. El 76.7 % de los

usuarios consideran que los funcionarios del Subcentro de Salud muestran interés por brindarle un servicio de calidad.

Para el 2012 en España, Luis Alberto Sánchez Barrón (18) realiza una investigación denominada ***Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León*** con el propósito de determinar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la consulta externa y establecer su asociación con las dimensiones: infraestructura, accesibilidad, trato personal, tiempo de espera y tiempo de consulta. Se trató de un estudio de tipo transversal, en el que se aplicó encuesta de satisfacción a los usuarios directos de la consulta externa de una unidad de medicina familiar de una Institución de Seguridad Social. Se encontró que la iluminación, la temperatura, el mobiliario así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios. El trato en el área de admisión, el trato al ser recibido por el médico, el trato recibido por el médico, y el trato recibido por el personal de salud están también asociados a la satisfacción del paciente. En cuanto a la accesibilidad: el tiempo de trámite de la consulta resultó estar asociado a la satisfacción. No así la percepción del tiempo de traslado a la unidad. El tiempo de espera en sala para ser atendido por el médico no resultó estar asociado a la satisfacción, sí, el tiempo de duración de la consulta.

Posteriormente, en el 2013, en Venezuela Vilma Vargas González (8) y otros con ***“Calidad en la prestación de servicios de salud. Parámetros de medición”*** pretenden proporcionar parámetros de medición de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde la perspectiva de los usuarios en relación a dos dimensiones: percepción y expectativas. La investigación se realizó en el servicio de consulta de medicina interna (CMI) en un hospital en la ciudad de Maracaibo, el cual fue seleccionado en forma aleatoria dentro de la red hospitalaria de la ciudad. Se aplicó un cuestionario tomando una muestra de la población atendida en el servicio de consulta de medicina interna del hospital seleccionado. Como resultado se encontró que es necesario monitorear a través de indicadores de gestión la calidad en la prestación de servicios de salud y se concluye sobre la importancia del establecimiento de un sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud, que incluya fundamentalmente su planeación, control, aseguramiento y evaluación dentro de un programa de gestión debidamente planificado, a fin de satisfacer a los usuarios del servicio.

Ya en el año 2014, Mirella Díaz Guevara (4) en el Perú, realiza el estudio ***“Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en salud. Hospital Tito Villar Cabeza – Bambamarca 2014”*** para determinar y analizar la satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud. El estudio

fue de tipo descriptivo, no experimental, con diseño transversal. Se concluyó que los usuarios externos no perciben satisfacción por la atención recibida por el personal de salud. Asimismo las respuestas de satisfacción del usuario externo se estimó que el 53% usuarios se encuentran satisfechos y corresponde a las edades de 30 a 59 años, sin embargo también existen el 46,6% usuarios insatisfechos que en su mayoría corresponden a la misma edad seguido del 31,6% usuarios están satisfechos y el 36,3% usuarios refieren estar insatisfechos en la atención recibida en los consultorios externos que pertenecen al grupo de edad de 18 a 29 años mientras que el 15,4% están satisfecho asimismo el 17,5% están dentro de las edades de 60 a más (4).

Más adelante, en el año 2015, también en el Perú, Yanet Quispe Pérez (17) con **“Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el servicio de traumatología del Hospital Nacional Hugo Pesce Pecetto Andahuaylas – 2015”** quiso determinar la relación que existe entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario en el servicio de traumatología del mencionado hospital. En Perú Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental de corte transversal y correlacional, para lo cual se realizaron encuestas a los usuarios que asisten al servicio de traumatología. Se pudo establecer que utilizando el coeficiente de Spearman se observa una correlación de 0,555 lo que significa una correlación positiva moderada entre la variable calidad de servicio y la variable satisfacción del usuario y se afirma que la calidad de servicio se relaciona directamente con la satisfacción del usuario.

En el 2016, se realizan también dos estudios interesantes y que se relacionan con el tema propuesto. En primer lugar, Percy Alex Messarina (6) en el Perú, realiza **“Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo”** Este estudio tuvo como objetivo general determinar la influencia de la calidad de la atención que brinda el profesional de la salud en la satisfacción del paciente que acude al servicio de Resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta en Trujillo, setiembre – octubre 2015. El estudio se realizó mediante el enfoque cuantitativo no experimental de diseño descriptivo correlacional, de corte transversal. Como conclusión general, se determinó que la calidad de la atención que brinda el profesional de la salud influye en la satisfacción del paciente que acude al servicio de resonancia magnética del dicho Hospital, lo cual es corroborado estadísticamente por el coeficiente de correlación de 0.878, que indica que existe una alta correlación entre las variables. En segundo lugar, pero ya en Ecuador, Francisco Mercedes Infantes Gómez con **“Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016”** buscó evaluar los factores asociados a la calidad percibida en la

atención de medicina complementaria en el Hospital a través de un estudio transversal. Se evaluaron a 305 pacientes en la consulta externa del Centro de Medicina Complementaria (CAMEC) durante el año 2016, mediante el uso de la metodología SERVQUAL. Además, se evaluaron posibles factores asociados como la edad, sexo, grado de instrucción, tipo de paciente (nuevo o continuador) o la condición del encuestado (paciente o acompañante). Como resultado se pudo establecer un grado de satisfacción global alto, siendo las dimensiones de seguridad y empatía las que presentaron mayores porcentajes de satisfacción, encontrándose relación con el sexo y la edad (16).

Pasando ya al plano nacional, el primer estudio que debe tenerse en cuenta, pese a su antigüedad, fue uno que se realizó en el año 2009 por Cristhian Giovanni Morales Gonzales (15). Dicho estudio se llamó **“Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrató Risaralda”** y como su nombre bien lo dice fue realizado en el mismo municipio y específicamente en la institución donde ahora se pretende llevar a cabo esta investigación. Este estudio se realiza para determinar el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias del Hospital de Mistrató Risaralda. Se trataba de una investigación descriptiva de corte transversal, cuyos resultados permitieron determinar que los pacientes del mencionado hospital tienen un nivel medio de satisfacción con relación a la atención de enfermería, sin embargo están a gusto con la atención brindada en la parte asistencial. A través de esta investigación, se pueden generar no solo antecedentes para la presente, sino también, identificar la raíz de las falencias presentadas en la institución y su evolución a través de los años.

En el 2010, en Medellín Antioquia Sara M. Cano y otros (10) realizan la investigación denominada **“Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia”** Este trabajo tuvo como objetivo comprender las experiencias y significados que tienen los beneficiarios del régimen subsidiado de la comuna 16 sobre calidad de la atención en los servicios de salud. Se trató de una investigación cualitativa – etnográfica. Los resultados demostraron que el significado de calidad surge por las experiencias de los usuarios al recurrir a los servicios de salud. Para los usuarios la calidad depende de qué tan humano fue el trato que recibieron, si el problema fue resuelto o no y hasta qué punto sus expectativas se cumplieron. Se llegó a la conclusión de que las experiencias son diferentes en las distintas etapas del proceso y según sean ellas, serán los significados que a la calidad le dan los usuarios. Para los usuarios son fundamentales el trato humanizado, la equidad y la participación.

Aunque se realiza específicamente en el servicio de urgencias, este estudio es muy interesante y permite evidenciar la percepción de los usuarios en cuanto a la accesibilidad y la oportunidad de los servicios, dos de los factores más críticos. Fue realizada en el año 2012 por Luis Alvis Estrada (1) y se llamó “**Accesibilidad y oportunidad de los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad en Cartagena 2012**” Es un estudio descriptivo que se realiza en tres servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de tercer nivel de atención en la ciudad de Cartagena, con el objetivo de determinar el acceso y la oportunidad de atención de los servicios de salud en urgencia en las IPS de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Cartagena de Indias. Los datos obtenidos en este estudio aportan evidencias que sirven para afirmar que los pacientes no son atendidos en el tiempo estipulado según su gravedad y lo descrito por la norma, además de evidenciar que los funcionarios que realizaron el TRIAJE no son los adecuados para esta tarea. Este estudio se consideró importante en la medida en que relaciona la percepción de los usuarios con las condiciones reales de acceso y oportunidad.

También en el 2012 Lilibian Anaconda y otros (14) realizan “**La calidad de atención en salud que brindan las Instituciones Prestadoras de Servicios**” una revisión bibliográfica de artículos científicos, en diferentes bases de datos, con el objetivo de conocer la calidad de atención de los servicios de salud en Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), llegando a la conclusión de que es importante tener en cuenta que la satisfacción del usuario al recibir una atención con calidad en la prestación del servicio de salud, dándole una respuesta efectiva y tratamientos confiables y oportunos, aplicando los protocolos de atención, con buena tecnología en los instrumentos para detectar enfermedades tempranas y aplicar los correctivos necesarios a tiempo, es una prioridad de toda institución prestadora de servicios de salud.

Ya en el año 2014, Juan C. González-Quiñones y otros (13) realizan la investigación “**Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá**” con el objetivo de estimar la percepción de los pacientes sobre la atención médica en el primer nivel de atención. Como metodología se aplicó una encuesta telefónica a pacientes atendidos en dos meses diferentes del 2012, indagando por variables sociodemográficas, relaciones médico-paciente y acerca del proceso de atención médica. A través de la discusión de los resultados se pudo concluir que la comunicación extensa con el paciente es tan importante como el enfrentar la enfermedad en el acto médico. Este mismo año, pero en la ciudad de Medellín Jairo Humberto Restrepo-Zea (2) a través de “**Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia**” intenta construir un concepto de acceso e identificar barreras y estrategias, desde la perspectiva de actores en Medellín. Se trató de una

investigación cualitativa con énfasis en tres zonas de Medellín. Como resultado se identificaron similitudes y diferencias en la visión del acceso, las cuales permitieron construir el concepto. Se pudo deducir además, que las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda. La mayoría de las barreras se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento. Algunas características sociales de la población también son factores determinantes.

Por último, en el 2016, Andrés Fabián Martínez Duque (9) con ***“Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016”*** evalúa la percepción de la satisfacción que tienen los pacientes del servicio de consulta externa del Hospital ya mencionado. Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, transversal; el cual se desarrolló simultáneamente con la población de consulta externa de los Hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo. Los resultados permitieron concluir que a un nivel general la población se encuentra satisfecha con el servicio recibido en esta institución, sin embargo se lograron identificar aspectos débiles en la organización física y estructural, que requieren estrategias de mejoramiento; así como algunas fortalezas, que se deben mantener y alentar, por medio de evaluaciones periódicas, dentro de los procesos de mejoramiento continuo.

4.2. Marco Teórico

4.2.1. El concepto de calidad

Evolución de la calidad

García y Monroy (22) hablan de cinco momentos en la evolución de la calidad:

- Finales de siglo XIX, revolución industrial

Antes de esta etapa los objetos se realizaban de forma artesanal y la calidad dependía de la fama del artesano, con la llegada de la revolución industrial, los procesos requerían mayor producción en masa, se generan cadenas de producción y por ende se hace necesaria una persona encargada de supervisar

los procesos de elaboración de modo que se asegurara efectividad en las funciones. Se evidencia entonces el primer bosquejo de control de calidad.

- Administración científica

En esta época se instaura el proceso de producción en serie, generando que las necesidades individuales de los clientes sean más difíciles de satisfacer lo que hace que los productos sean más generales y menos flexibles lo que conlleva a establecer procesos de estandarización. Con la aparición de la administración científica en los esquemas productivos de la época, se da inicio a la primera etapa del desarrollo de la calidad, conocida como control de calidad por inspección. En esta etapa es la industria militar la que genera grandes avances en el control de calidad en pro de disminuir la cantidad de bajas de sus soldados. Para tener un control de calidad más cuantitativo, se establece un método estadístico que permite obtener datos certeros en cuanto a los estándares requeridos en la elaboración de productos para la guerra como por ejemplo los paracaídas.

- Segunda Guerra Mundial la década de los setenta

En esta etapa la calidad toma dos rutas, una occidental que continúa enfocada en la supervisión del producto. Y otra, la japonesa que empieza a ver la necesidad de instaurar procesos que aseguren productos bien elaborados desde el principio; esta última dirigida por Deming quien instaura en este momento en Japón el ciclo PHVA, tomando la prevención como herramientas para evitar la producción de productos defectuosos.

- Década de los setenta-década de los noventa, calidad total

En esta etapa se persigue la meta de alcanzar la calidad en todos los aspectos, sin importar su actividad económica. Se enfoca la calidad en todo el proceso como sistema y no únicamente en la manufactura. Se pierde en este momento la división entre productos y servicio y se ve el proceso como herramienta para satisfacer al cliente.

- Década de los noventa-actualidad

Se genera el concepto de globalización, en esta nueva etapa, el factor humano cumple un papel muy importante al iniciar un proceso continuo de reducción de costos, dado que ha desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas. La empresa descubre que tiene que desarrollar cerebros y generar su propio conocimiento, pero de forma sistémica. La reducción de costos y el aumento de utilidades toman importancia, no solo es producir productos que cumplan con las necesidades y deseos del cliente, con buenos materiales, sino que deben generar utilidades y reducir costo al menor costo

Conceptualizando la calidad

La calidad se ha convertido en un elemento fundamental para toda organización, ya que constituye el sello de garantía que ofrece a sus clientes, es el medio para obtener los resultados planeados, proporcionando satisfacción tanto al consumidor como a los miembros de la organización, en términos de rentabilidad e imagen frente a sus competidores (17).

Quispe expone varios conceptos de calidad a lo largo del tiempo:

- La calidad incluye todas las funciones y fases que interviene en la vida de un producto o servicio. Pone en juego todos los recursos necesarios para la prevención de los errores involucrando a todo el personal, teniendo en cuenta la totalidad de las necesidades de los clientes con el objetivo final de la satisfacción de sus necesidades y expectativas (17).
- Es todo lo que alguien hace a lo largo de un proceso para garantizar que un cliente, fuera o dentro de la organización obtenga exactamente aquello que desea en términos de características intrínsecas, costos y atención que arrojaran indefectiblemente satisfacción para el consumidor (23).
- La calidad depende de un juicio que realiza el paciente, este puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso y de la urgencia de poseerlo (24).
- La calidad es la habilidad que posee un sistema para operar de manera fiable y sostenida en el tiempo, a un determinado nivel de desempeño; en una organización de servicios (25)

La calidad desde el punto de vista del cliente

La American Society for Quality (Sociedad Estadounidense para la Calidad, define la calidad como un término subjetivo para el que cada persona tiene su propia acepción. Desde el punto de vista técnico, la calidad puede tener dos significados (17).

- Las características de un producto o servicio que dan la capacidad de satisfacer necesidades explícitas o implícitas.
- Producto o servicio libre de defectos.

La definición que al respecto tiene Armand Feigenbaum, citado por Quispe establece que calidad es una determinación del cliente, basada en la comparación entre su experiencia real con el producto o servicio y sus requerimientos, sean éstos explícitos o implícitos, consientes o apenas detectados, técnicamente operativos o completamente subjetivos, que representa siempre un blanco móvil en los mercados competitivos (17).

La definición mencionada indica que únicamente el cliente puede determinar si un producto o servicio satisface sus necesidades, requerimientos y expectativas, y que tan bien los hace. Esta decisión depende de la experiencia real del cliente con el producto o servicio. Los consumidores toman en cuenta sus experiencias, requerimientos y necesidades pasados, y combinan esta información para establecer su juicio respecto del valor de un producto o servicio (17).

El servicio

Se entiende por servicio a cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. En otras palabras, el servicio es una actividad realizada para brindar un beneficio o satisfacer una necesidad. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico (17).

Stanton, Etzel, y Walker definen los servicios como actividades identificables e intangibles que son el objeto principal de una transacción ideada para brindar a los clientes satisfacción de deseos o necesidades (26).

Kotler define un servicio como una obra, una realización o un acto que es esencialmente intangible y no resulta necesariamente en la propiedad de algo. Su creación puede o no estar relacionada con un producto físico (27).

Quispe además, realiza la siguiente caracterización de los servicios:

- Intangibilidad: los servicios no se pueden ver, sentir ni oler antes de comprarlos.
- Inseparabilidad: la creación de un servicio puede tener lugar mientras se consume, ejemplo: un examen de la vista, un viaje, un masaje, un corte de cabello, etc.
- Variabilidad: la calidad de los servicios depende de quienes los proporcionan, así como de cuándo, en dónde y cómo se proporcionan.

- **Carácter perecedero:** los servicios no se pueden almacenar para su venta o su utilización posterior.
- **Ausencia de propiedad:** los compradores de un servicio adquieren un derecho, pero no la propiedad del soporte tangible del servicio, es decir, el consumidor paga por un servicio más no por la propiedad.

4.2.2. Calidad en la prestación de servicios de salud

Integración del concepto calidad en el sector salud

Como se puede ver, existe un interés creciente por la calidad en todos los sectores de la sociedad, incluyendo el de la salud, pues la población cada vez está más informada, exige más y reclama mejor calidad de los servicios.

A este respecto García y Monroy (20) mencionan diferentes momentos a través de la historia, cuando se han integrado estos conceptos:

Según las autoras, en el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad (28).

Otros autores como Lift y Hunt la definen como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos (29).

Donabedian recomienda que la calidad debe medirse en tres áreas: estructura, proceso y resultados. Espacios que posteriormente se convirtieron en promotores de la mejora de calidad a mediano y largo plazo, sujetos a la percepción del usuario que es el eje fundamental en el ámbito de la salud (20).

Conceptualizando el término calidad en salud

Donabedian citado por Vargas Gonzales (8) es pionero en el estudio de la definición y evaluación de la calidad de la atención en salud y expuso que se trata de una idea extremadamente difícil de definir”, tanto por la rigurosidad técnico-científica con la que se debe afrontar, como por el significado práctico para la percepción del usuario; donde la rigurosidad científico-técnica, está sustentada en la ciencia y la tecnología médica que persigue alcanzar el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente.

Antes de conceptualizar más ampliamente el termino calidad en la atención en salud, es importante entender que se trata de una idea que suele ser distinta dependiendo de la óptica de quién la conciba, así el gerente o el administrador del centro asistencial tendrá una concepción diferente a la que pueda tener el usuario-paciente o incluso de la que aplique el profesional de la salud. La definición de calidad formulada por el Organismo Internacional de Normalización (ISO) establece esta dicotomía, en tanto hace referencia a los objetivos que se tomen en consideración al definir la calidad de un producto o servicio, así calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado (30).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en este sentido, se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios/pacientes, definiendo la calidad de la atención en salud como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud en concordancia con lo anterior, considera que la calidad de la atención en salud no debe ser entendida como producto o medio para hacer de la salud un objeto de mercancía, pero debe ser buscada, como forma de garantizar el acceso y la equidad de las acciones y servicios de salud para toda la población (31).

Para Vargas Gonzales (8), la idea de calidad en salud responde a una visión tanto histórica como institucional y también a la perspectiva de quienes o para quienes

se defina. Sin embargo, es bueno acotar que su definición abarca todas las cualidades con las que debería contar la prestación del servicio para considerarse de utilidad al usuario/paciente, lo cual implica que la prestación del servicio tiene rasgos de calidad cuando sus características ya sean tangibles o intangibles satisfacen las expectativas del usuario-paciente.

Por otra parte, Forrellat Barrios (3) también expone una variedad de definiciones para el concepto de calidad aplicado al sector salud. Algunas de las que menciona son:

Desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición(32).

La calidad de la atención técnica 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 (32).

La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad (33).

Con base a estas definiciones, la autora culmina dando su definición acerca del concepto “calidad de la atención en salud significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios”.

Para Forrellat Barrios (3) lo más importante es sensibilizar a los profesionales, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino del por qué y para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin. Así mismo, fundamental incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera, la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados.

Calidad del servicio: percepción y expectativas de los usuarios

Según Arellano, la percepción es el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente del mundo que lo rodea. Los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la base de la realidad objetiva (34). A su vez, Schiffman y Lazar, afirman que para saber qué tan satisfechos están los usuarios con la calidad del servicio es necesario evaluar su percepción, debido a que ellos juzgan con base a una variedad de claves informativas, las cuales asocian con el servicio. Algunas de estas claves son intrínsecas o inherentes al producto o servicio y se refieren a las características tangibles, es decir, aquellos aspectos cuantificables que pueden ser verificables. Otras claves informativas son extrínsecas o externas, entre ellas, la imagen de la organización (35).

Los consumidores de un producto o servicio pueden tener una variedad de imágenes de la organización, bien sean positivas o negativas, como eficiencia, atención retardada, entre otras, que surgen de todas las actividades que realiza la organización y que influyen para que se tenga una determinada percepción; por consiguiente, al evaluar la percepción que tienen los consumidores sobre determinado producto o servicio, se obtienen datos acerca de su satisfacción.

El conocimiento de las expectativas de los usuarios constituye el primer y posiblemente más relevante paso en la prestación de un servicio de calidad. Para suministrar servicios que los usuarios perciban como excelentes, es necesario que la organización conozca lo que ellos esperan. Esa falta de conocimiento puede significar que se invierta tiempo, dinero y otros recursos en acciones que no tienen importancia para los usuarios (36). Este conocimiento puede hacerse evidente a través de la implantación de indicadores.

Ahora bien, partiendo de lo citado por Hernández (37), en el proceso de medición de la satisfacción de las expectativas de los pacientes se pueden considerar los siguientes aspectos:

- **Los pacientes:** son quienes reciben el servicio prestado por el hospital seleccionado.
- **Elección del método de medición:** se puede hablar de tres métodos que son: Auto Evaluación, Medidas de Rendimiento, y Medidas de Percepción. En este documento, se centrará la atención en las medidas de percepción, como parte fundamental del objeto de estudio. Se trata de conseguir información referente a la opinión de los usuarios directamente. Es importante definir como se obtendrá la opinión y de quien se conseguirá.
- **Selección de los usuarios:** Se pueden recoger datos de todos los usuarios o sólo de una parte de los mismos. En esta etapa es necesario definir: a) Con base en qué criterio se seleccionarán los usuarios a los que se le solicitará su opinión; b) A cuantos usuarios-pacientes se le solicitará su opinión (tamaño de la muestra).
- En cuanto al criterio para seleccionar los usuarios-pacientes puede considerarse: a) Usuarios-Pacientes que acuden por primera vez al servicio; b) Usuario -Pacientes recurrentes (consultas sucesivas); c) Selección aleatoria de usuarios-pacientes.
- **Con relación al tamaño de la muestra:** La utilización de técnicas estadísticas permiten establecer el tamaño de la muestra que debemos tomar, para permitir generalizar (inferir) las propiedades de ese conjunto de datos (muestra) al conjunto total de datos (población) a los que representan, con un determinado nivel de confianza.
- **Elección de la técnica de recolección:** De la amplia gama de técnicas para conocer las expectativas y percepciones de los usuarios, entre ellas: Encuestas por correo, electrónicas o telefónicas, paneles de usuarios, grupos focales, reclamaciones y quejas, y entrevistas, en el presente trabajo, a fin de medir la percepción y expectativas de los usuarios de los servicios de consulta de medicina interna del hospital objeto de estudio, se aplicó un cuestionario de administración oral directa “en este caso el encuestador hace las preguntas verbalmente al encuestado. A medida que éste responde, el encuestador las anota en el protocolo de respuestas, mediante ítems de respuesta cerrada de estimación.
- **Definición del modelo de cuestionario:** El instrumento de evaluación o cuestionario es la pieza clave en cualquier sistema de medición de la satisfacción de los usuarios-pacientes. El instrumento debe ser diseñado por especialistas o por un equipo crítico de trabajo. Debe cumplir con unas características necesarias, entre las cuales podemos mencionar: a) fácil de comprender; b) las preguntas deben ser precisas, que no den lugar a duda; c) que sea rápido de responder; d) que aporte resultados medibles para quien lo va analizar; e) que sea práctico, es decir, permita determinar los intereses de los usuarios-pacientes.
- **Ejecución:** Esta etapa se puede llevar a cabo con la utilización de personal propio o contratado, o cualquier otro medio que decida la alta gerencia o dirección del hospital. Lo importante es que el usuario-paciente sienta el

interés del hospital en la búsqueda del mejoramiento continuo para satisfacer sus exigencias. El hospital debe estar atento a las reacciones de sus usuarios-pacientes y procurar la solución inmediata de los problemas que pudieran aparecer.

- **Análisis de resultados:** No tiene ningún sentido aplicar una medición de satisfacción de los usuarios/pacientes, si los resultados no son revisados y analizados en profundidad por parte de la alta gerencia. Es relevante detectar las posibles desviaciones, las fortalezas y debilidades, para que la organización pueda establecer los planes de acción correctiva o de mejora.
- **Plan de acción:** La elaboración del plan de acción debe considerar un responsable, fijar plazos para la ejecución de las diferentes actividades, analizar los recursos necesarios (material, humano), analizando su costo.
- **Evaluación del método de medición:** Se deben fijar fechas para que, en equipo, se evalúen los avances y se analice las posibles implicaciones que puedan traer las mismas al proceso de medición.
- **Ajuste del método:** Finalizada la medición de satisfacción de los usuarios-pacientes y analizados los resultados conseguidos, se debe proceder a revisar el método utilizado y los ajustes que requiera para mejorar los resultados. Se debe valorar si se logró cumplir los objetivos específicos que se plantearon al diseñar el instrumento de evaluación. El proceso de medición de satisfacción a los usuarios/pacientes conlleva a identificar parámetros de calidad en la prestación de servicios de salud, los cuales deberían ser monitoreados a través de indicadores de gestión.

Estos parámetros son los que se utilizarán como base para elaborar el cuestionario que se aplicará a la muestra de usuarios-pacientes del servicio de consulta externa en el hospital seleccionado, a fin del abordaje a sus percepciones y expectativas sobre el servicio prestado.

Parámetros de calidad en la prestación de servicios de salud

En el diseño del instrumento para corroborar la percepción del usuario/paciente, es indispensable la definición de indicadores de estructura, de procesos o de resultados y el establecimiento de los estándares respectivos para medir la calidad del servicio. El instrumento de evaluación con indicadores, debe estar concatenado con otras estrategias de evaluación de la calidad, tales como: el licenciamiento, la acreditación, la certificación que evalúan tanto proceso, como estructura en los prestadores de servicios de salud y la auditoría en salud que

busca mejorar los resultados de la atención en salud al comparar las prácticas realizadas contra estándares a fin de aplicar correctivos donde sea necesario (8).

Con independencia del tipo de servicio considerado, los determinantes de la calidad del servicio según Parasuraman son: Elementos tangibles o la consideración del aspecto físico de las instalaciones, equipos, personal, materiales de comunicación información; fiabilidad: la cual se refiere a la habilidad para la realización del servicio de manera cuidadosa y confiable; capacidad de respuesta: está referida a la celeridad y voluntad con la cual el personal se dispone a prestar el servicio, en forma oportuna; seguridad; implica los conocimientos y habilidades mostrados por el personal de manera tal que inspire confianza y credibilidad al usuario; y empatía, la cual aborda aspectos tales como: cortesía, accesibilidad, información oportuna, comprensión al usuario (38).

Y de acuerdo con Malagón-Londoño, en un servicio de salud se consideran parámetros de calidad: Puntualidad, presentación personal, prontitud en la atención, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, diligencia para utilizar medios de diagnóstico, agilidad para identificar el problema, destreza y habilidad para solucionarlo, efectividad en los procedimientos, comunicación con el usuario y su familia, interpretación del estado de ánimo de los usuarios, capacidad profesional, ética, equidad, presentación física de las instalaciones, presentación adecuada de los utensilios y elementos, educación continua a personal del servicio y usuarios (39).

Evaluación de la calidad de los servicios de salud

Actualmente, en las instituciones de los sistemas de salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención, al ser ésta un reflejo de los valores y objetivos actuales en el sistema de atención médica (40).

Las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos diez años, se han estado justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. Este modelo ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. El esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y

exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependen directa y únicamente de la estructura (41).

Donabedian también menciona que la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades), en los que se lleva a cabo el proceso de la atención. La forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación de conceptos en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad es a través de la exploración «empírica» de la experiencia de cada día; con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren (41).

Por otro lado, Aguirre mencionado también por Coronado-Zarco, señala que conocer la calidad con que se otorga la atención médica es el primer paso para mejorar su prestación, y es una necesidad inherente al acto médico mismo. También considera necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción no sólo de las expectativas del usuario/paciente, sino también de la institución que otorga el servicio y del trabajador de salud mismo (42).

Indicadores de calidad

Dice Coronado-Zarco que es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios (40).

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene varias justificaciones. En primer lugar, desde la óptica de la participación social, los ciudadanos son parte integral y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. En segundo lugar, los usuarios pueden monitorizar y juzgar la calidad del servicio, aportando información a gestores públicos sobre determinados aspectos que no son posible obtener por otros medios. Y, finalmente, el objetivo de medir la satisfacción de los usuarios de los servicios, ya que un paciente satisfecho es más propenso a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas (43).

Un indicador es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un valor numérico, por medio del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo. Es decir, un indicador es una operacionalización cuantitativa (números) que permite medir conceptos abstractos como calidad y eficiencia, estableciendo comparaciones en tiempo y espacio (44).

Jaramillo define a la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinados, mientras que la eficacia sería la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Y la efectividad sería, a su vez, la medida de impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población (44).

Un indicador debe cumplir al menos con cuatro criterios básicos:

- Validez: Reflejar el aspecto de calidad para el que se creó o estableció.
- Confiabilidad: Brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- Comprensibilidad: Fácil entendimiento del aspecto que pretende reflejar.
- Sencillez Facilidad para administrar, aplicar y explicar.

Satisfacción de los usuarios

La satisfacción del cliente se define como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un servicio con sus expectativas". Por lo tanto, la satisfacción del usuario es un indicador muy sensible que permite evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios y cómo estos responden a la calidad de atención percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados (4).

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 (5). 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.

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 (5).

El Ministerio de Salud de Colombia ha implementado estrategias para una adecuada satisfacción del usuario, todas ellas normadas por dicho ministerio, estas acciones están enmarcadas en la participación del personal de salud, sin embargo los resultados no han sido los óptimos y el problema aún persiste. Pese a lo anterior, esa institución considera que la satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud (47).

La satisfacción del usuario y su percepción frente a la calidad de la atención podría estar definida excesivamente por la solución del problema, pese a que otros elementos, como el trato, la espera o los elementos tangibles ayudan a conservar una buena percepción de la implicación del profesional para resolver el problema lo más rápidamente posible influyen en que el usuario eleve su grado de satisfacción (47).

Elementos de la satisfacción

Es importante conocer los elementos de la satisfacción para poder saber cómo los usuarios definen la calidad de atención. Solamente a través de la comprensión de los mismos en que son capaces de desarrollar medidas para evaluar el desempeño en el suministro del servicio (47). Estos elementos son:

- **Disponibilidad:** Grado en que un servicio está disponible siempre que los usuarios los necesiten.
- **Accesibilidad:** Grado con que el usuario espera que lo atiendan cuando lo necesita.
- **Cortesía:** Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el usuario siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos .La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortes se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.
- **Agilidad:** Es el grado con que el proveedor de servicio de salud satisface la solicitud de los usuarios
- **Confianza:** Es el grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el usuario.
- **Competencia:** Es el grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al usuario. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será la satisfacción del usuario.
- **Comunicación:** Es el grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus usuarios a través de un lenguaje simple, claro y fácil de entendimiento. La comunicación con los usuarios puede afectar en gran manera el proceso de recuperación. Si un usuario se siente apartado, desinformado o en incertidumbre acerca de sus resultados de salud, puede que demore más su recuperación. De manera clara la comunicación es vital para promover satisfacciones con el servicio en el establecimiento y hospitales. Aún más cuando la naturaleza del tratamiento es explicada claramente, se aumenta la conciencia de los usuarios y se sensibiliza acerca de que debe esperar. Dicha comunicación entre usuario y proveedor de servicio puede incrementar la satisfacción del de los mismos con la calidad y atención recibida.

Satisfacción del usuario como indicador de calidad

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas (11).

Existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y, finalmente, juzgar la calidad de un servicio, y por lo tanto, quienes pueden aportar información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Esto se debe a que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más dispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por lo tanto, a mejorar su salud (43).

El análisis de la satisfacción de los usuarios es visto como un indicador de la dimensión de resultado. A partir de este indicador se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca aspectos que tienen repercusiones directas en la atención, como los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de esta misma atención, los cuales, en conjunto, se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones (48).

La satisfacción de los usuarios como indicador de calidad es valorada en los distintos modelos de atención a la salud. Se define como la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente, o de sus familiares, con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida. Mientras que la satisfacción del prestador de los servicios se refiere al logro de sus expectativas y a la satisfacción de sus necesidades personales a través de la realización de su trabajo. La opinión de los usuarios tiene alta credibilidad en los estudios sobre satisfacción, debido a que la evaluación que hacen del servicio es producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores del programa (49).

Se ha determinado que las prioridades para el paciente son: recibir atención oportuna; ver satisfechas sus necesidades de salud; recibir un trato digno, amable y respetuoso; que la institución prestadora del servicio cuente con personal suficiente y preparado para otorgar la atención requerida; que esta institución

disponga de los recursos suficientes para otorgarla, y que la atención brindada se dé en un ambiente adecuado. En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia; la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario; sin embargo, en ambos factores influyen las valoraciones que el paciente tenga. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un paciente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua (50).

Por su parte, Seclen-Palacin y Darras refieren que existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, entre los que encontramos (51):

- a) factores individuales: la edad y el género; sociales: estado marital, grupo social, nivel educativo, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social; factores económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y, por último, en este rubro, experiencia en el contacto previo entre usuario y servicio.
- b) factores familiares/sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, y de la red social circundante en general, y conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.
- c) factores del servicio de salud: accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort local y privacidad, entre otros.

En este sentido, es importante la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como la de los estudiantes. Esto debido a que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como en el de la atención misma. En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios). El concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y del proceso salud-enfermedad son elementos que también modulan la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida (48).

No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución. Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su

población; atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios; ya que sin la opinión de esta población, cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado (48).

Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud, es uno de los retos más importantes que tienen los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo, entendiéndose éste como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica cuando lo necesitan (2). Se trata de un término general que se ve afectado por todo, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta los seguros médicos y el costo de la atención médica (1).

En la literatura se encuentran variadas y diversas definiciones del concepto de acceso. Restrepo Zea (2), menciona las siguientes: según Andersen, el término acceso trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”; para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”; por su parte Dixon-Woods et ál., afirma que la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o candidacy, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud.

Básicamente, el acceso hace referencia a la posibilidad de acceder a un servicio de salud sin restricciones geográficas, culturales ni organizacionales, que debe ser suficiente, satisfactorio y oportuno de acuerdo a las necesidades de salud que presente la persona, y que estos servicios deben brindarse en forma adecuada según la capacidad resolutoria que posea la institución en donde la persona acuda a pedir el servicio de salud.

Ahora bien, entre las diferentes aproximaciones al concepto de acceso se destaca su carácter multidimensional, pues incluye cuestiones como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, lo cual hace posible acercamientos multidisciplinarios y transversales desde varios campos o disciplinas del conocimiento, que pueden incluir la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, entre otras (2).

Como un aspecto central para dar lugar a la realización del acceso, se destaca el hecho de contar con capacidad para emprender la búsqueda de los servicios y para resolver la necesidad o los deseos individuales o colectivos. Se resalta también, que dicha capacidad puede estar formada a partir de características propias del individuo, tales como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este; del sistema de prestación de servicios, como el portafolio, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención; y del contexto en donde se desenvuelve la persona, como las facilidades de transporte, aspectos propios de la cultura o la convivencia. Por último, se debe destacar la consideración del acceso como un proceso en el que se identifican momentos claves como la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad (2).

La oportunidad del acceso en el sector salud, lo convierte en una preocupación mundial por lo que se encuentra en la agenda mundial para el desarrollo, en discusión de manera simultánea con la evaluación de los Objetivos del Milenio que se habían trazado para 2015.

En Colombia se trata de un tema esencial dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- definido en la Ley 100 de 1993. Luego de más de veinte años de haberse iniciado el proceso de reforma, el país está cerca de la cobertura universal del seguro. Sin embargo, es creciente la preocupación sobre el acceso, sobre la equidad y sobre la calidad, así que la propia legislación y la jurisprudencia han hecho más explícito el propósito esencial de garantizar el acceso y han reconocido a la salud como un derecho humano fundamental (2).

Las preocupaciones en referencia al acceso a la salud, hacen parte de la agenda del Gobierno, y es así como en el plan de desarrollo nacional 2010-2014 se reconoce que la prestación de servicios ha avanzado, pero que existen retos en cuanto al acceso y a la calidad de la atención debido a que se presentan barreras que se concentran en la falta de dinero y en la percepción de mala calidad, razones por las cuales no se usan los servicios de salud (2).

Por último, Alvis (1) hace referencia a tres tipos diferentes de acceso. El acceso potencial, que es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y

morbilidad percibida). El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud, los cuales, en el caso de la oferta, van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutoria. En el ámbito de las características de la población, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud.

4.2.3. Dimensiones de la calidad en el sector salud

Como se ha podido apreciar a lo largo de este documento, 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. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones, así como un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas 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 (52).

Las ocho dimensiones que los autores consideran 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. Se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo. 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 (52).

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 (desempeño real) (52).

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 (52).

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 (52).

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. 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 cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos. 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 (52).

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 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 cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. Cuando determinan qué normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico (52).

Satisfacción del cliente

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. 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 (52).

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 más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. 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. 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 (52).

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, diagnóstico 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. 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 (52).

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. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. 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 (52).

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 tienen 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. 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 (52).

Modelo SERVQUAL

El modelo de la escuela americana de Parasuraman, Zeithaml y Berry se ha denominado SERVQUAL y es el planteamiento más utilizado por los académicos hasta el momento, dada la proliferación de artículos en el área que usan su escala (53).

- **Elementos tangibles.** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. En una empresa de servicios todo comunica, no se ha de olvidar que el cliente no tiene conocimientos técnicos por evaluar la calidad intrínseca y, que utiliza elementos no

técnicos y marcadamente subjetivos por juzgar la calidad del servicio que recibe.

- **Fiabilidad.** Habilidad de realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Dentro de este término se incluyen aspectos de coherencia de la información que damos a las instituciones; consistencia en el grado en que las actuaciones posteriores dan respuesta a las expectativas que los mismos profesionales
- **Capacidad de respuesta.** Disposición y voluntad por ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido. Posiblemente, se puede asimilar la capacidad de respuesta a la actitud del tipo «ningún problema». Esta actitud se contrapone a la del tipo «este no es mi problema».
- **Seguridad.** Conocimientos y atención mostrados por todos los profesionales y sus habilidades por inspirar credibilidad y confianza. Es el que también denominamos profesionalidad (calidad de la persona que ejerce una actividad con gran competencia). Hablamos de un buen profesional, si somos capaces de dar una buena respuesta a las necesidades de atención de los clientes, no sólo una correcta atención técnica (competencia técnica), sino mediante un proceso de atención correcta (cortesía, credibilidad, seguridad y confidencialidad).
- **Empatía.** Atención individualizada que ofrecen las organizaciones a sus clientes. Una relación empática aumenta la cooperación, el cumplimiento de la parte del proceso que debe hacer el enfermo y la percepción de calidad de servicio. La empatía se mejora con una buena comunicación, a sabiendas de escuchar, teniendo en cuenta el punto de vista del cliente y manteniéndolo bien informado.

4.2.4. El Sistema de Salud en Colombia

Para terminar este capítulo es importante exponer algunos puntos referentes al Sistema de Salud que rige en Colombia.

La Constitución Política de Colombia de 1991, en su artículo 48, establece que la Seguridad Social es un derecho (Asamblea Nacional Constituyente, 1991). Por tal motivo se desarrolló una reforma al sistema de salud, contenida en la Ley 100 de

1993, que crea el Sistema de Seguridad Social Integral, con un componente de Salud y 3 principios fundamentales: universalidad, equidad y calidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) es central para el desarrollo social y económico del país. Creado mediante la Ley 100 de 1993, este sistema rompió la historia de Colombia en un “antes” y un “después”. Se enmarca en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad. Reemplazó al Sistema Nacional de Salud que funcionaba desde 1975, creó el sistema de aseguramiento y estableció relaciones de mercado entre las aseguradoras denominadas “empresas promotoras de salud (EPS)” y las “instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)”. Los usuarios se afilian a las aseguradoras, a las cuales el Estado paga una suma de dinero por año denominada “unidad de pago por capitación (UPC)”. Las aseguradoras contratan los servicios con clínicas y hospitales para atender a sus afiliados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) establecido por el Gobierno. El SGSSS por primera vez en la historia colombiana puso los servicios de salud (en el marco de POS), al alcance de la población colombiana, primero de manera fragmentada y restringida y, desde el año 2012, en forma completa para todos (54).

A pesar de este mérito, el SGSSS es objeto de críticas en los medios masivos de comunicación, la prensa profesional en salud, en la arena política nacional y en el mundo académico médico, económico y administrativo. Según algunas de estas críticas, este SGSSS tiene altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia. Por ejemplo, el gasto en salud de Colombia en 2008 fue del 8 % del PIB y no alcanzaba a cubrir el 100 % de la población con el POS, lo que es una muestra de su ineficiencia (54).

Apenas en el año 2012 se logró la cobertura casi total de la población con el POS, excepto las personas que por alguna razón abandonan el régimen contributivo pero no califican para el régimen subsidiado. También apenas en el 2012 se logró unificar el POS contributivo y el subsidiado que se diferenciaban por el volumen de recursos y servicios. Todavía están por verse las consecuencias financieras de la unificación de estos dos planes de salud (54).

Desde su creación el SGSSS ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos. En 2007 se le hizo una reforma a través de la Ley 1122, dirigida a mejorar la prestación de los servicios. En 2011 se hizo una nueva reforma por medio de la Ley 1438 para fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria. Estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS y ahora la sociedad colombiana se prepara a otra reforma que busca establecer un nuevo modelo de salud desde un enfoque de derechos humanos y atención primaria.

Uno de los problemas no resueltos es una excesiva complejidad del SGSSS que es incomprensible para los usuarios. El SGSSS entrega el poder negociador a las EPS, en perjuicio de las IPS. Para el usuario, las EPS son simples intermediarias que no agregan valor sino, al contrario, restringen el acceso a los servicios, obligan a los clientes a acudir a tutelas y luego exigen recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (54).

Por lo anterior, el SGSSS introduce el espíritu de ganancia, contrario a la filosofía altruista de la medicina. Los recursos se pierden en sus laberintos y no llegan a las IPS, que están en una crisis permanente (7). La situación crítica del sistema obligó al Gobierno a presentar dos reformas: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Estas reformas no han cambiado la situación y persiste la sensación de que el sistema está en crisis (54)

4.3. Marco Conceptual

Accesibilidad. El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas,

climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio.

Acción. Conducta exterior voluntaria, realizada por el sujeto, encaminada a la producción de un resultado. En Derecho, se refiere al carácter procesal, poder jurídico de provocar la actividad de juzgamiento de un órgano que decida los litigios de intereses jurídicos.

Acreditación. Aval que se otorga a una institución o servicio de salud, que cumple con los estándares mínimos de calidad vigentes, tanto en la estructura como en el proceso y los resultados, que permita garantizar una atención médica con calidad. Procedimiento de auditoría inicial de las condiciones de Capacidad, Seguridad y Calidad con que los establecimientos de prestación de servicios de atención médica, otorgan sus servicios.

Atención médica. Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

Atención médica de urgencias. Conjunto de servicios que se proporcionan en forma inmediata al individuo cuando se encuentra en peligro la vida, un órgano o una función.

Atención médica especializada. Conjunto de servicios en una rama específica de la Medicina, que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Atención médica segura. Ausencia de daño como consecuencia de la atención médica, libre de eventos adversos.

Auditoría. Es el examen objetivo y sistemático de las operaciones financieras y administrativas de una entidad, practicado con posterioridad a su ejecución y para su evaluación. Revisión, análisis y examen periódico que se efectúa a los libros de contabilidad, sistemas y mecanismos administrativos, así como a los métodos de control interno de una organización administrativa, para determinar opiniones respecto a su funcionamiento.

Auditoría de la atención médica. Proceso integral mediante el cual se revisa y verifica en el expediente clínico del paciente, la atención que éste haya recibido.

Benchmarking (Sistema de Evaluación Comparativa de Referencia). Evaluación y comparación de procesos similares, implementados para identificar los procedimientos que los componen y aplicar los que hubieren producido mejores resultados. Evaluación y comparación de estructuras y procesos semejantes e incorporación de las mejores prácticas a la reingeniería de los procesos con menor calidad, eficiencia o efectividad.

Bien común. Todas las decisiones y acciones del servidor público deben estar dirigidas a la satisfacción de las necesidades e intereses de la sociedad, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de la colectividad. El servidor público no debe permitir que influyan en sus juicios y conducta, intereses que puedan perjudicar o beneficiar a personas o grupos en detrimento del bienestar de la sociedad. El compromiso con el bien común implica que se esté consciente de que el servicio público es un patrimonio que pertenece a todos los mexicanos, y que representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas sociales, y no cuando se persiguen beneficios individuales.

Criterio médico. Juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, con base en los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, la experiencia y las evidencias disponibles.

Daño relacionado con la atención sanitaria. El que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Demora para obtener servicios. Manifestación hecha por un usuario de los servicios médicos o su representante, con el propósito de iniciar regularmente un procedimiento de gestión inmediata para que esta atención se brinde lo antes posible; en caso de que esta demora sea argumento para iniciar el procedimiento arbitral, se dará inicio mediante la aceptación de queja.

Diagnóstico médico. Conjunto de procedimientos médicos que tiene como propósito la identificación precisa de una enfermedad, fundándose en los síntomas, signos y auxiliares de laboratorio y gabinete.

Efectividad. Expresión cuantitativa de la magnitud en que fue logrado un objetivo

Eficacia. Número de acciones realizadas para el logro del objetivo propuesto, con relación al número de acciones programada.

Eficiencia. Relación numérica entre la magnitud del logro del objetivo propuesto y de la utilización de los recursos programados para ello.

Enfoque sistémico. Se basa en el concepto de que aunque las personas cometen errores, las características de los sistemas en los que trabajan pueden hacer esos errores más probables y también más difíciles de detectar y corregir. Además, adopta la posición de que si bien los individuos deben ser responsables de la calidad de su trabajo, centrándose en los sistemas se eliminarán más errores que centrándose en los individuos. Sustituye la culpabilización por la investigación y se centra en las circunstancias más que en el carácter.

Equidad. Trato igualitario al usuario del servicio médico, con arreglo a la lex artis, atendiendo sus necesidades específicas.

Ética. Parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. Ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad.

Ética médica. Conjunto de principios de conducta profesional apropiada con respecto a los derechos y deberes del médico, sus enfermos y sus colegas profesionales.

Evaluación de la calidad de la atención médica. Análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional, que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la obtención de los resultados esperados; identificar los procesos que deben ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es preciso resolver.

Falta de información. Información incompleta, o bien, cuando ésta no fue proporcionada oportunamente a la paciente o responsable de ésta, y puede ocasionar inconformidad o daño.

Gestión. Es el proceso mediante el cual se obtiene, despliega o utiliza una variedad de recursos básicos para apoyar los objetivos de la organización.

Igualdad. El servidor público debe prestar los servicios que se le han encomendado a todos los miembros de la sociedad que tengan derecho a recibirlos, sin importar su sexo, edad, raza, credo, religión o preferencia política. No debe permitir que influyan en su actuación, circunstancias ajenas que propicien el incumplimiento de la responsabilidad que tiene para brindar a quien le corresponde los servicios públicos a su cargo.

Indicador. Expresión numérica de referencia que permite evaluar la estructura, el desempeño y los resultados de los procesos

Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica. Conjunto de estrategias programadas y realizadas en forma constante, sistemática y procesal, dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica.

Negación de la atención. Todo acto u omisión por el cual se rehúsa injustificadamente la prestación de servicios médicos obligatorios.

Negligencia médica. Es el acto en que puede incurrir un médico, técnico o auxiliar o quien ejerza libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica, que cometan un descuido u omisión, cuando con pleno conocimiento de su responsabilidad, actúe con imprudencia, ya sea culposa o en forma dolosa, ocasionando daños, lesiones, o provocando la muerte de un paciente

Oportunidad de la atención médica. Otorgar la atención médica al paciente en el momento que la amerita, cuando la necesita.

Paciente. En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar.

Política de calidad. Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad, tal como son expresadas formalmente por la alta dirección.

Práctica médica. Ejercicio profesional de la Medicina que incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, con el objetivo principal de restaurar la salud del mismo.

Responsabilidad médica (Responsabilidad profesional del médico). Obligación de reparar y satisfacer por sí o por otro, la consecuencia de un acto médico, de una culpa o de otra causa legal. Puede ser: penal, civil, o sólo administrativa.

Satisfacción. Se refiere a la complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio

Servicios médicos. Los que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al

paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

Transparencia. Principio ético que el servidor público debe observar para permitir y garantizar el acceso a la información gubernamental, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de los particulares, establecidos por la legislación vigente.

Urgencia médica. Problema médico-quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, órgano o función del usuario y requiere atención inmediata.

Usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

4.4. Marco espacial

La investigación se llevará a cabo en el Municipio de Mistrató Risaralda, específicamente en la ESE Hospital San Vicente de Paúl ubicado en el casco urbano del municipio.



4.5. Marco Institucional

4.5.1. Historia

Desde 1946 existió un puesto de socorro, hasta allí llegaban los médicos de Anserma (Caldas) a lomo de mula para atender esporádicamente las consultas de los pobladores del corregimiento. Los pacientes que ameritan cirugía y otro tipo de atención, debían ser trasladados en camilla o a lomo de mula hasta Anserma (Caldas) para ser atendidos allí. En 1956 el alcalde Narciso Medina y el corregimiento se unieron en un solo esfuerzo con el fin de fundar y construir un puesto de socorro con comodidades más dignas de las necesidades de los pobladores. Con ocasión de este puesto fue ascendido a la categoría de hospital diez años después ampliándose la cobertura de sus servicios. Unos años después el servicio de salud Risaralda, tomó la decisión de rebajar la Categoría del hospital a centro hospital, efectuándose recorte de personal y presupuesto. Luego en 1995 la ciudadanía mistratense solicita ante el Ministerio de Salud la reclasificación del centro de salud en hospital y la ampliación del servicio, el cual se consiguió mediante acuerdo 005 de febrero 20 de 1995 en la alcaldía del Sr. Gustavo Sierra; luego mediante el acuerdo 052 de febrero 10 de 1996 se decretó como Empresa Social del Estado (55).

4.5.2. Misión

Somos una institución pública que ofrece servicios de salud de baja complejidad, con un equipo comprometido en atención de calidez humana, contribuyendo al bienestar y satisfacción a todos los usuarios que lo requieran, fundamentados en los criterios institucionales de calidad, mejora continua, responsabilidad social y sostenibilidad económica, siendo líderes en prevención extramural (55).

4.5.3. Visión

Para el 2018 seremos una institución ejemplo del departamento, siendo líderes acreditados en la prestación de servicios de salud de primer nivel satisfaciendo las necesidades de los usuarios, siendo una institución sólida y competitiva mediante una certificación de calidad, basada en un mejoramiento continuo de nuestros procesos, manteniendo una autonomía organizacional y alcanzando una sostenibilidad financiera que genere rentabilidad social para la comunidad (55).

4.5.4. Principios corporativos

- **Transparencia:** fundamos nuestro trabajo en la verdad y honestidad en las relaciones con nuestros usuarios y compañeros laborales, somos coherentes en nuestro decir y nuestro hacer.
- **Excelencia:** El mejoramiento continuo de nuestros procesos nos permite alcanzar y trascender la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes, optimizar el desempeño y garantizar la rentabilidad social de la entidad.
- **Rentabilidad social:** Nuestro compromiso, al adelantar nuestras actividades, es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, respetando y promoviendo los derechos de las personas, el crecimiento de la sociedad y el cuidado del entorno y el ambiente.
- **Compromiso:** cumplimos con nuestras obligaciones haciendo un poco más de lo esperado, porque vivimos pensando en el bienestar de la comunidad, nuestro trabajo y nuestras familias.
- **Dedicación:** Es la entrega intensa a una actividad determinada. Realizando las distintas actividades con empeño y cariño; con el convencimiento que nuestros usuarios van a beneficiarse de nuestro esfuerzo
- **Mejoramiento continuo:** Actitud permanente de querer ser mejores como organización y personas cada día, haciendo un seguimiento y evaluación a nuestras actividades, mejorando nuestros procesos que se verán reflejados en la calidad de los servicios que nuestros usuarios requieran (55).

4.5.5. Valores corporativos

- **Ética:** Son nuestras reglas, nuestras propias normas acerca del comportamiento moral con nuestros usuarios y nuestros compañeros, determinando desde nuestros corazones y conciencia si nuestro comportamiento es correcto entendiendo que la ética proviene a través de buenos actos que por lo general son cuestionados.
- **Respeto:** Consiste en saber valorar los intereses y necesidades de nuestros usuarios, es tratar humanamente a las personas, reconociendo que el otro,

es tan real y semejante a nosotros, y a la vez bastante diferente procurando estar en el lugar del otro para comprenderlo y adoptar, siquiera por un momento, su perspectiva.

- Amor: Es una virtud que representa toda la bondad, compasión y afecto del ser humano, importante facilitador de las relaciones interpersonales; comprende todas aquellas acciones dirigidas hacia otros y basadas en la compasión, la colaboración y el afecto. Sirviendo a todos nuestros usuarios y compañeros laborales sin ninguna distinción, buscando siempre servir de manera oportuna, segura y generosa, trabajando con Alma y Corazón.
- Solidaridad: Son las acciones basadas en la compasión, apoyo y colaboración con nuestros usuarios y compañeros laborales buscando servir de manera oportuna dando a conocer nuestro afecto demostrando que somos seres humanos y que en un momento dado también necesitaremos de la solidaridad de nuestros semejantes.
- Confianza: Es el fundamento de todas las relaciones humanas, no es posible caminar junto al otro sin tener la certeza que se puede confiar en él. En el Hospital San Vicente De Paúl de Mistrató procuramos ser transparentes, entendiendo que la confianza se construye a través de los actos y la claridad en la información (55).

4.6. Marco Jurídico

Norma	Año	Objeto de la norma
Constitución Política de Colombia	1991	Norma de normas
Ley 10	1990	Reorganizar el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones
Ley 100	1993	Creación del sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 100	1993	Numeral c del artículo 180, señala como requisito de las entidades promotoras de salud deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.
Ley 100	1993	Numeral 6 del artículo 178 determina que las entidades promotoras en salud deben establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Ley 387	1997	Define que la asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica y de rehabilitación se realice según lo dispuesto en el sistema general de seguridad social en salud, condicionada al reconocimiento de la condición de desplazado y de su inclusión en el registro oficial de población desplazada, y conforme las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para cada régimen de afiliación (contributivo o subsidiado) para los no asegurados se dispone que la atención se realice en las instituciones públicas con cargo a los recursos de oferta del ente territorial receptor.
Ley 715	2001	Se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122	2007	Realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Ley 1438	2011	Se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones
Decreto 2174	1996	Se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que enuncia, particularmente en su artículo 9, los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.
Decreto 1011	2006	Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Deroga el decreto N° 2309 de 2002. El Ministerio de la Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos

		componentes del SOGCS.
Decreto 2376	2010	Se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.
Resolución 4445	1996	Se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
Resolución 1043	2006	Se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”. Deroga la resolución 1439 de 2002.
Resolución 1446	2006	Se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
Resolución 2680	2007	Se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 123	2012	Modifica la Resolución 1445 de 2006, en lo relativo al manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria, dirigido a las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios.
Resolución 1441	2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Diseño o tipo de investigación

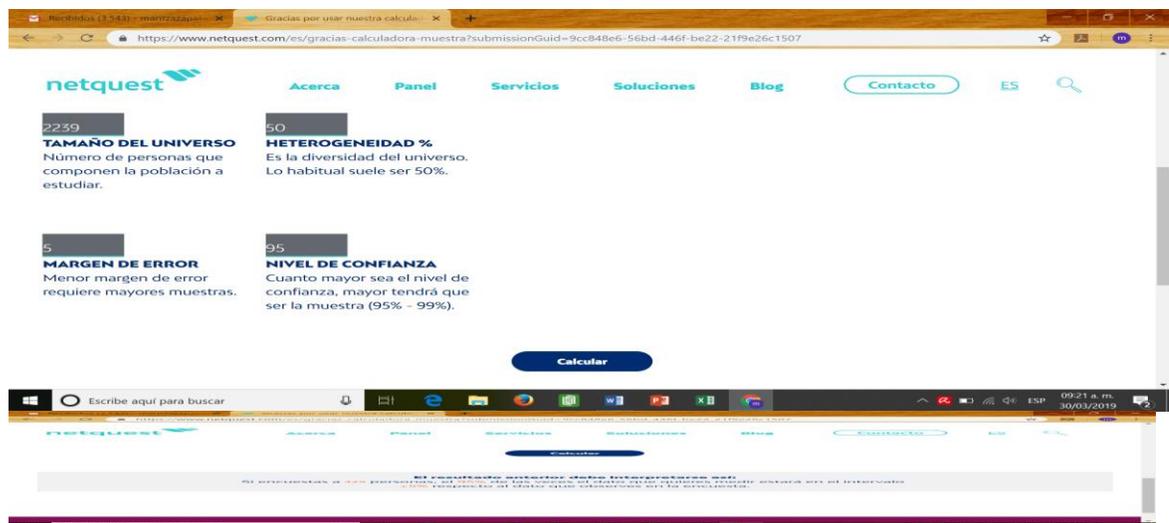
Se realizará una investigación descriptiva, ya que se describirán las variables de estudio y se evaluará la relación que existe entre la percepción de calidad de los usuarios y el proceso de asignación de citas médicas en el servicio de consulta externa en la ESE Hospital San Vicente de Paúl. Se trata de un diseño de investigación no experimental, puesto que no se manipularán las variables.

5.2. Población

Población: la población objeto de estudio son todos los usuarios de la ESE Hospital San Vicente de Paúl que pertenecen al régimen subsidiado de salud, un total de 15.689 personas, de los cuales 4710 usuarios pertenecen a Medimás, 2493 usuarios de Asmet Salud y 7166 usuarios de Pijaos Salud, contributivo 602, especiales 677, vinculados 41.

Muestra: la muestra serán 329 usuarios de la ESE Hospital San Vicente de Paúl que pertenecen al régimen subsidiado, contributivo, especial, vinculados. para calcular la muestra se utilizó la siguiente fórmula: de la calculadora netquest

Aplicando la fórmula, se tiene que el tamaño de la muestra deberá ser de 329 usuarios.



Marco muestral

Las unidades de análisis de la muestra son 329 usuarios de ESE Hospital San Vicente de Paúl, los cuales se obtendrán a través de un listado que posee dicha institución. Ellos se encuestarán al momento de ingresar al Hospital solicitando un turno para una cita médica. El muestreo se realizará de forma aleatoria.

5.3. Unidad de análisis

Son cada uno de los usuarios de la ESE Hospital San Vicente de Paúl que pertenecen al régimen subsidiado, contributivo, especial, vinculados y otros a los que se aplique el instrumento de recolección de datos.

5.4. Criterios de selección, eliminación y exclusión

De selección

- Que sean usuarios de la ESE Hospital San Vicente de Paúl
- Que pertenezcan al régimen subsidiado, contributivo, especial y vinculados.

De eliminación

- Que no sean usuarios de la ESE Hospital San Vicente de Paúl

De exclusión

- Que sean menores de edad
- Que se relacionen personalmente con empleados del hospital

5.5. Variables

Conceptos	Variables	Definición	Indicadores	Pregunta
Aspectos sociodemográficos	Edad	Edad cronológica de cada individuo	Años cumplidos	¿Cuántos años tiene?

	Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Hombre Mujer	
	Raza o etnia	Variación que se da por la adaptabilidad a las condiciones de un medio ambiente en particular	Indígena Afrodescendiente	
	Nivel de estudio	Título máximo que se obtuvo tras asistir a una institución educativa.	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Profesional	¿Hasta qué año estudió?
	Profesión u oficio	Actividad en que se desempeña un individuo	Lo expresado por el sujeto	¿A qué se dedica?
	Procedencia	Lugar de donde procede el usuario	Urbano Rural	¿De dónde procede?
Aspectos relacionados con la calidad del servicio	Accesibilidad geográfica	Mayor o menor facilidad para alcanzar un lugar determinado	Tiempo en horas y minutos que tarda el sujeto en llegar hasta el hospital	¿Cuánto tiempo demora en llegar desde su residencia hasta el hospital?
	Resolución del servicio	Percepción del usuario a la respuesta obtenido por parte del personal sanitario de la institución respecto a su caso.	Muy satisfecho satisfecho poco satisfecho insatisfecho no responde	¿Cómo califica la respuesta que se le ha dado al asunto por el cual se acercó al hospital?

	Tiempo de espera	Es el tiempo medido en horas y minutos que el usuario debe esperar para recibir un servicio	Número de horas que debe esperar para conseguir un turno	¿Cuánto tiempo debe esperar para conseguir un turno?
	Empatía	Apreciación del individuo, respecto al trato y efectividad del personal de la institución	Mal Regular Bien Excelente	¿Cómo califica el trato y la cordialidad del personal de la institución?
	Estado de las instalaciones	Percepción del usuario respecto al estado de la planta física de la institución	Mala Regular Bien Excelente	¿Cómo calificaría la comodidad de las instalaciones donde debe esperar para obtener su turno?
	Percepción de la calidad de la atención	Es la actitud general que muestra el usuario respecto a la atención recibida.	Mala Regular Bien Excelente	¿Cómo calificaría la calidad de la atención brindada por la institución?

5.6. Plan de análisis

5.6.1. Recolección de datos

Se creó un instrumento de recolección de datos, un cuestionario de administración oral directa, que será validado por el equipo investigador. Para su elaboración se tomará en cuenta los referentes teóricos que sustentan este trabajo.

ENCUESTA

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

GRUPO ÉTNICO: Indígena _____ Mestizo _____ Afrodescendiente _____ otros _____

EDAD: 18-25 _____ 26-35 _____ 36-45 _____ 46-55 _____ + 56 _____

RÉGIMEN: Subsidiado _____ Contributivo _____ Especial _____ Vinculado _____ otros _____

ÁREA: Urbana _____ Periurbana _____ Rural _____ Rural Dispersa _____

Calidad de la asignación de cita médica	MUY SATISFECHO	SATISFECHO	POCO SATISFECHO	INSATISFECHO	NO RESPONDE
¿Cómo ha sido el nivel de satisfacción en la asignación de su cita?					
¿Cómo califica la oportunidad con la que fue asignada su cita?					
¿Cómo considera la accesibilidad telefónica y /o presencial para la asignación de su cita médica?					
¿Cómo califica usted la atención recibida por parte del personal de la institución?					
¿Cómo califica la atención por parte de la persona responsable de la asignación de las citas médicas?					
¿Cómo fue la información suministrada por el personal tratante al llegar al HSVP?					
¿cómo evaluaría la comodidad en los sitios de espera?					
¿Cuál es su apreciación frente al tiempo de espera para la asignación de su cita médica?					
¿Cómo considera usted la disponibilidad de citas médicas asignadas diariamente?					
¿Cómo calificaría usted los horarios para la asignación de su cita?					

5.6.2. Tabulación de la información

Para organizar los datos recolectados se realizó una base de datos en Excel que permitió realizar un análisis a través de tablas y gráficos.

5.6.3. Análisis de datos

Para el análisis de los resultados del presente trabajo de investigación se utiliza estadística descriptiva, ya que ésta se dedica a analizar y representar los datos por medio de tablas, gráficos y/o medidas de resumen, utilizando la aplicación Excel. Y donde se pudo determinar el nivel de satisfacción de los usuarios en la asignación de citas médicas de consulta externa en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató Risaralda. Dando respuesta a preguntas tales:

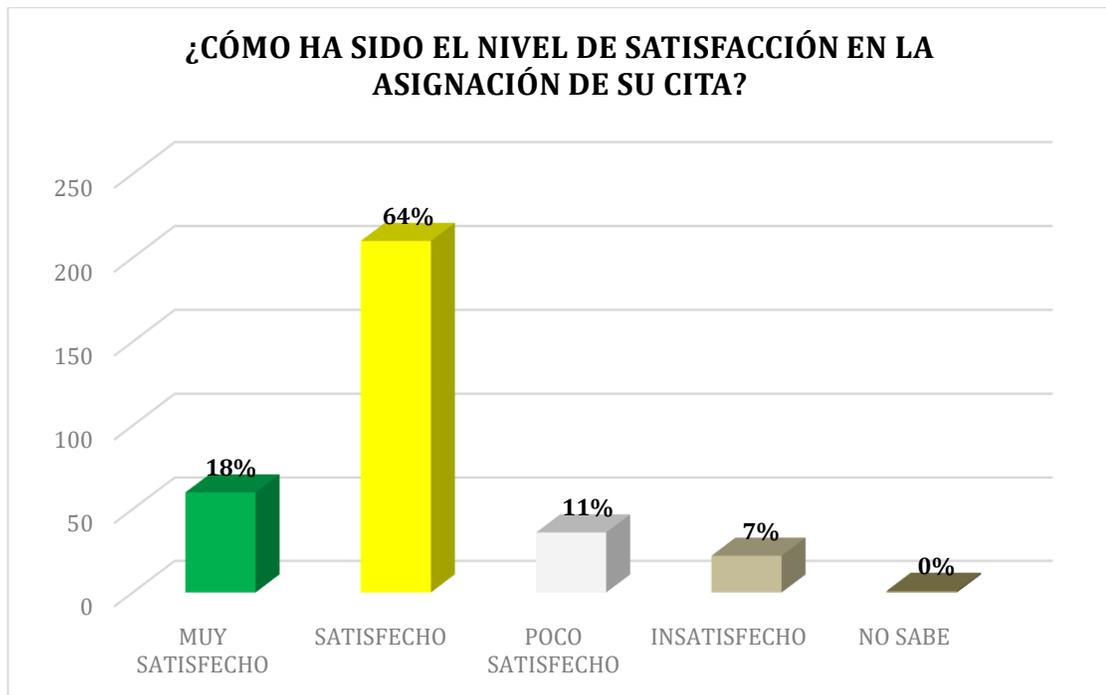


Tabla 1

Porcentaje: Muy Satisfecho 18% Cantidad: Muy Satisfecho 60

Porcentaje: Satisfecho 64% Cantidad: Satisfecho 210

Porcentaje: Poco Satisfecho 11 % Cantidad: Poco Satisfecho 36

Porcentaje: Insatisfecho 7% Cantidad: Insatisfecho 22

Porcentaje: No responde 0% Cantidad: No responde 1

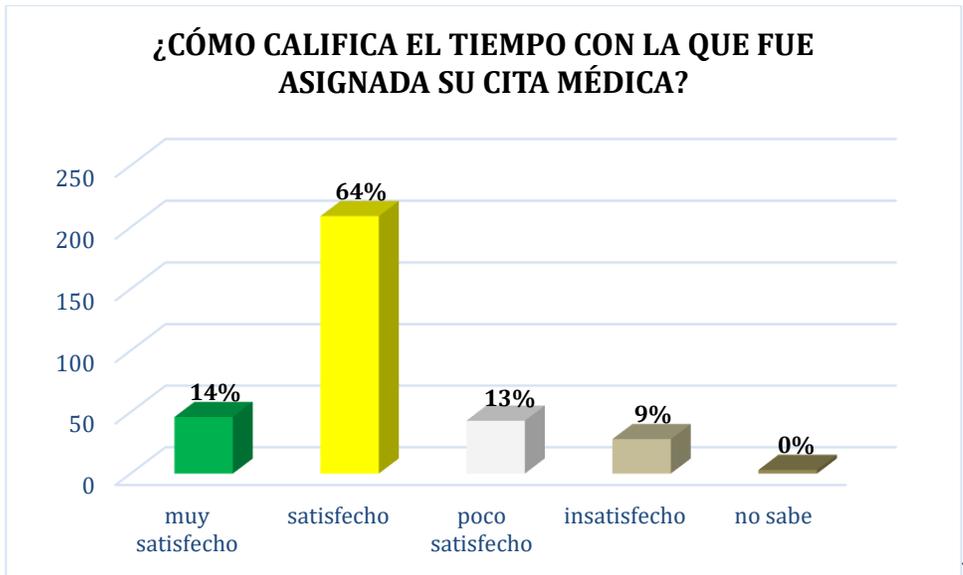


Tabla 2

Porcentaje: Muy Satisfecho 14% Cantidad: Muy Satisfecho 46
 Porcentaje: Satisfecho 64% Cantidad: Satisfecho 209
 Porcentaje: Poco Satisfecho 13 % Cantidad: Poco Satisfecho 43
 Porcentaje: Insatisfecho 9% Cantidad: Insatisfecho 28
 Porcentaje: No responde 0% Cantidad: No responde 3

¿CÓMO CONSIDERA LA ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA Y /O PRESENCIAL PARA LA ASIGNACIÓN DE SU CITA MÉDICA?

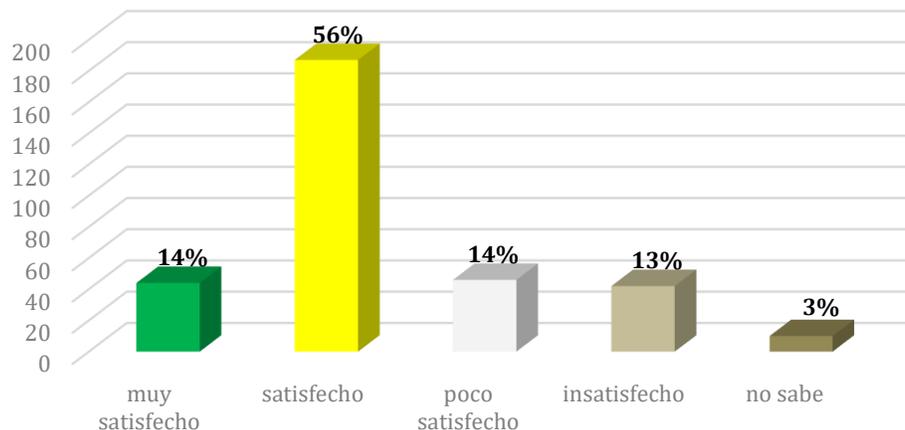


Tabla 3

Porcentaje: Muy Satisfecho 14% Cantidad: Muy Satisfecho 44
 Porcentaje: Satisfecho 56% Cantidad: Satisfecho 187
 Porcentaje: Poco Satisfecho 14% Cantidad: Poco Satisfecho 46
 Porcentaje: Insatisfecho 13% Cantidad: Insatisfecho 42
 Porcentaje: No responde 3% Cantidad: No responde 10

¿CÓMO CALIFICA USTED LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN?

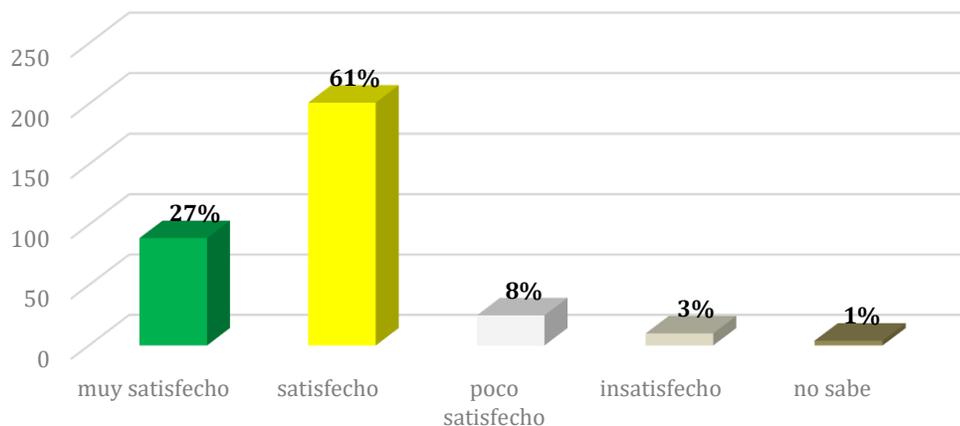


Tabla 4

Porcentaje: Muy Satisfecho 27% Cantidad: Muy Satisfecho 89
 Porcentaje: Satisfecho 61% Cantidad: Satisfecho 201
 Porcentaje: Poco Satisfecho 8 % Cantidad: Poco Satisfecho 25
 Porcentaje: Insatisfecho 3% Cantidad: Insatisfecho 10
 Porcentaje: No responde 1% Cantidad: No responde 4

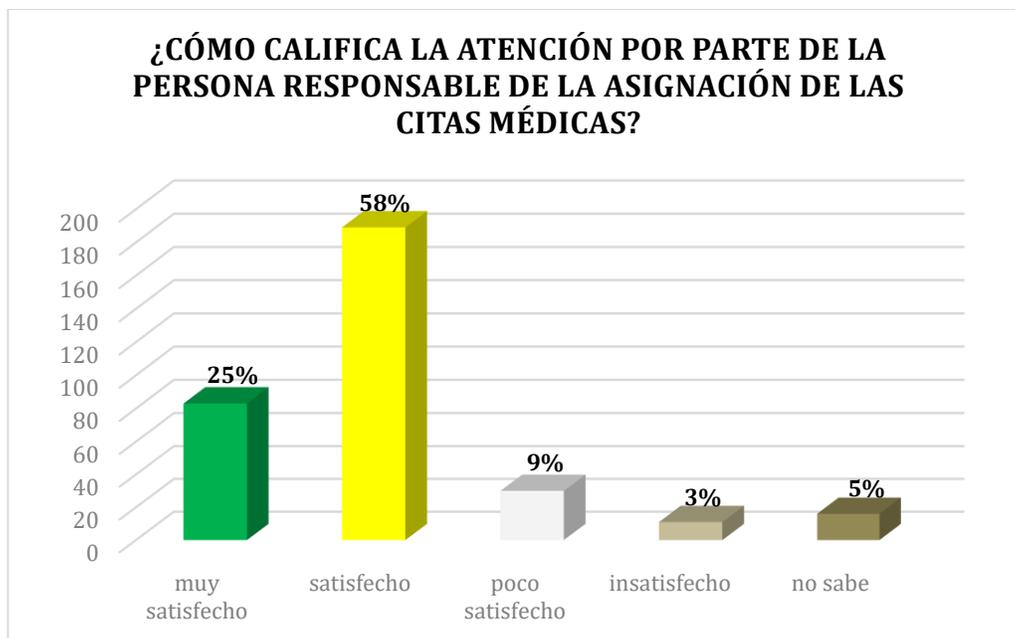


Tabla 5

Porcentaje: Muy Satisfecho 25% Cantidad: Muy Satisfecho 83
 Porcentaje: Satisfecho 58% Cantidad: Satisfecho 189
 Porcentaje: Poco Satisfecho 9% Cantidad: Poco Satisfecho 30
 Porcentaje: Insatisfecho 3% Cantidad: Insatisfecho 11
 Porcentaje: No responde 5 % Cantidad: No responde 16

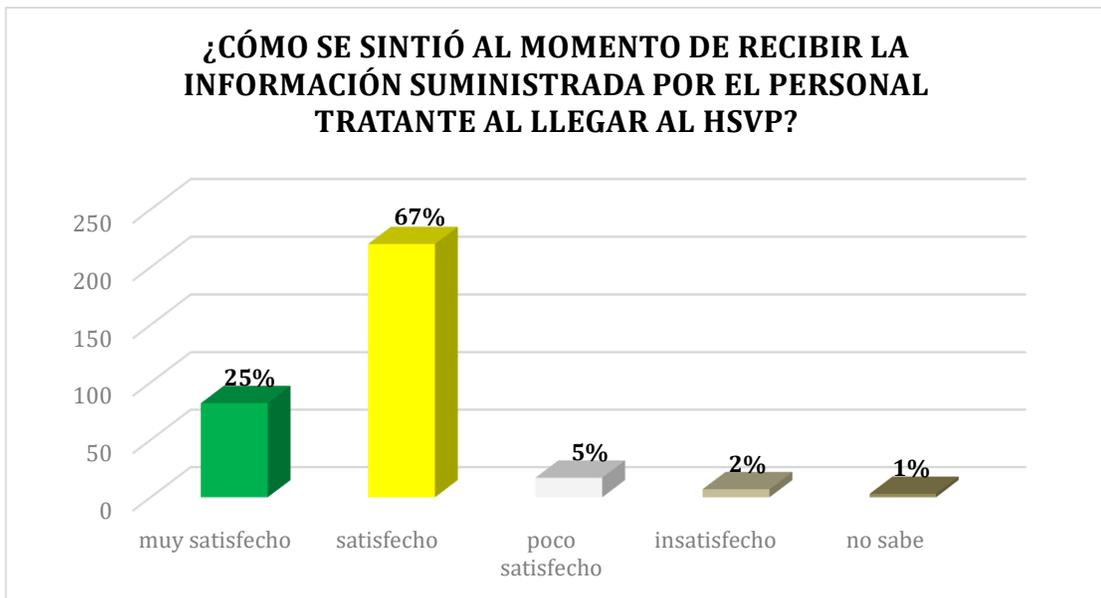


Tabla 6

Porcentaje: Muy Satisfecho 25% Cantidad: Muy Satisfecho 82

Porcentaje: Satisfecho 67% Cantidad: Satisfecho 220

Porcentaje: Poco Satisfecho 5% Cantidad: Poco Satisfecho 17

Porcentaje: Insatisfecho 2% Cantidad: Insatisfecho 7

Porcentaje: No responde 1% Cantidad: No responde 3

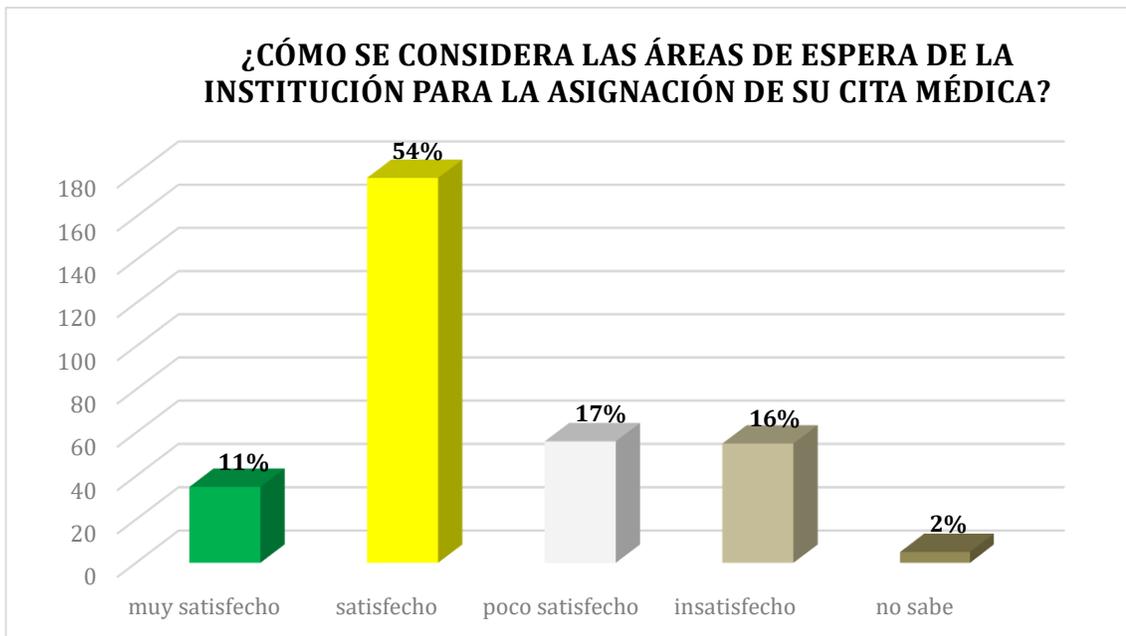


Tabla 7

Porcentaje: Muy Satisfecho 11% Cantidad: Muy Satisfecho 35

Porcentaje: Satisfecho 54% Cantidad: Satisfecho 178

Porcentaje: Poco Satisfecho 17% Cantidad: Poco Satisfecho 56

Porcentaje: Insatisfecho 16% Cantidad: Insatisfecho 55

Porcentaje: No responde 2% Cantidad: No responde 5

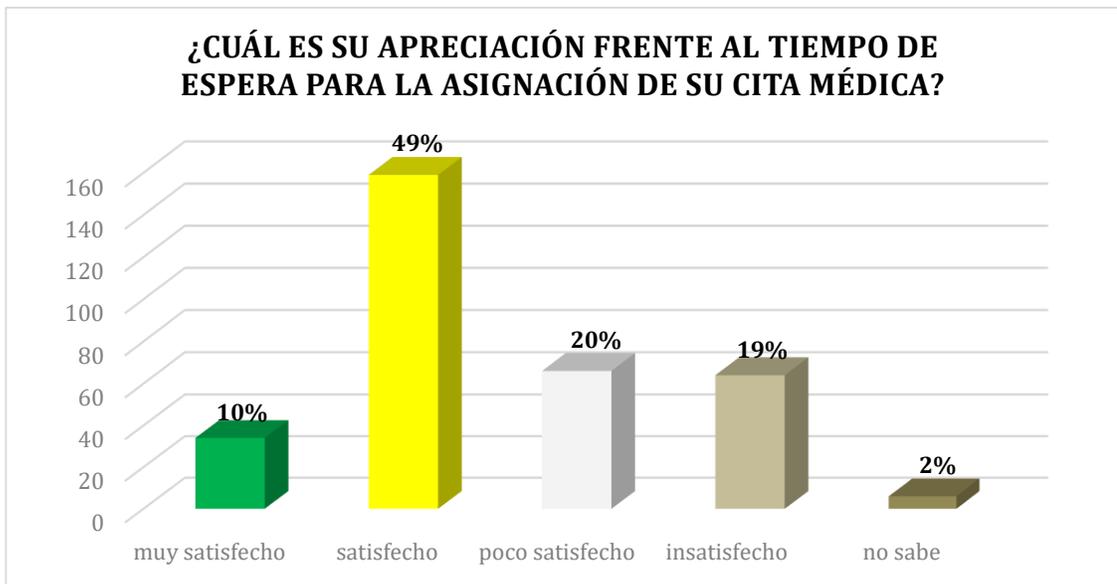


Tabla 8

Porcentaje: Muy Satisfecho 10% Cantidad: Muy Satisfecho 34

Porcentaje: Satisfecho 49% Cantidad: Satisfecho 159

Porcentaje: Poco Satisfecho 20 % Cantidad: Poco Satisfecho 66

Porcentaje: Insatisfecho 19 % Cantidad: Insatisfecho 64

Porcentaje: No responde 2 % Cantidad: No responde 6

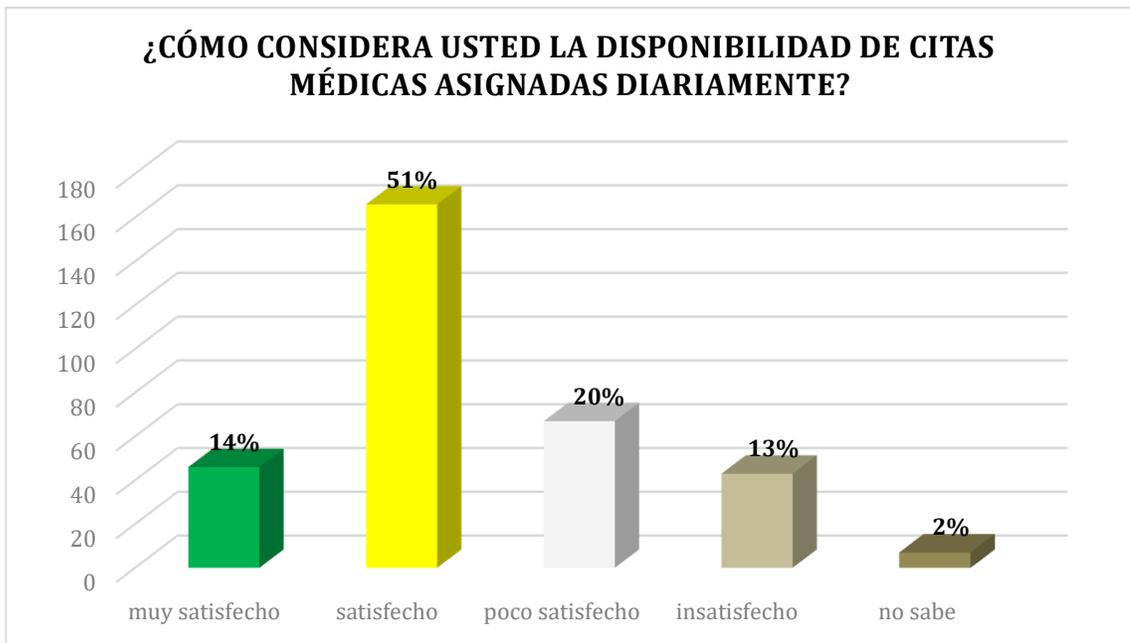


Tabla 9

Porcentaje: Muy Satisfecho 14 % Cantidad: Muy Satisfecho 46

Porcentaje: Satisfecho 51% Cantidad: Satisfecho 166

Porcentaje: Poco Satisfecho 20 % Cantidad: Poco Satisfecho 67

Porcentaje: Insatisfecho 13 % Cantidad: Insatisfecho 43

Porcentaje: No responde 2 % Cantidad: No responde 7

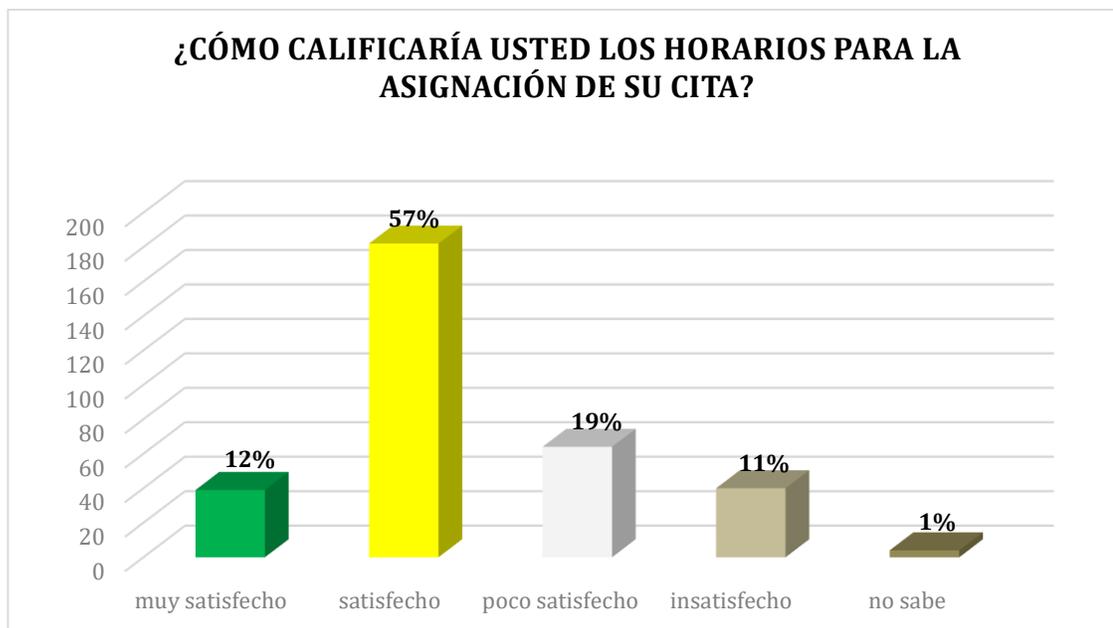


Tabla 10

Porcentaje: Muy Satisfecho 12% Cantidad: Muy Satisfecho 39

Porcentaje: Satisfecho 57% Cantidad: Satisfecho 182

Porcentaje: Poco Satisfecho 19% Cantidad: Poco Satisfecho 64

Porcentaje: Insatisfecho 11% Cantidad: Insatisfecho 40

Porcentaje: No responde 1% Cantidad: No responde 4

De acuerdo a la encuesta aplicada como respuesta a las preguntas, los usuarios de la ESE san Vicente de Paúl de Mistrató Risaralda se muestran satisfechos en casi todos los ítems. Frente a la asignación de su cita médica, se puede evidenciar con un 82 %, el tiempo de la asignación de las citas médicas con favorabilidad del 78%, la accesibilidad para la asignación de citas médicas 68%. El 88% de los encuestados califican la atención recibida por parte del personal en general de la institución de manera positiva, la atención recibida de parte de la persona responsable del procedimiento de la asignación de las citas médicas 83%. Un 92 % sienten que la información suministrada en el hospital por su funcionario es muy eficiente. Dando también el 65% de satisfacción con las áreas de espera y 69 % de satisfacción en los horarios para la asignación de su cita médica. Esto se puede deber a las mejoras continuas que las diferentes entidades municipales intentan hacer como la construcción de la tercera fase del hospital, permitiendo que la población del municipio de Mistrató pueda tener más acceso a los servicios del mismo.

A pesar de que la percepción es mayormente buena. Se evidencia que el tiempo de espera para la asignación de su cita médica es aceptable con un porcentaje del 39% lo que puede estar directamente relacionado con las prioridades que tienen las personas del área rural y zona indígena frente a los usuarios del área urbana.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA		
Características	N°	%
GENERO		
<i>Femenino</i>	261	79
<i>Masculino</i>	68	21
EDAD		
18-25	61	19
26-35	67	20
36-45	67	20
46-55	62	19
56 o +	72	22
RÉGIMEN DE SALUD		
<i>Subsidiado</i>	264	80
<i>Contributivo</i>	60	18
<i>Especial</i>	0	0
<i>Vinculado</i>	5	2
ÁREA		
<i>Urbana</i>	179	54
<i>Periurbana</i>	5	2
<i>Rural</i>	131	40
<i>Rural dispersa</i>	14	4
GRUPO ÉTNICO		
<i>Indígena</i>	53	16
<i>Mestizo</i>	267	81
<i>Afrodescendiente</i>	2	0.1
<i>Otro</i>	7	2

Tabla 11

En características sociodemográficas se puede observar que la edad no es un factor constante lo que indica que la utilización del servicio no tiene delimitaciones específicas en este ítem; del mismo modo se muestra que en la ESE San Vicente de Paúl de Mistrató, el régimen con mayor número de usuarios es el régimen SUBSIDIADO con un 82 % de los encuestados. La población urbana y rural son las áreas con mayor acceso al servicio de asignación de citas, debido a la facilidad, ya que en el área urbana es presencial y en el área rural se cuenta con

un modelo de asignación de cita vía telefónica. La población en general es mestiza siendo esta el 83.2%, pero es importante tener en cuenta que la población indígena también ocupa un porcentaje considerable teniendo presente que esta etnia es parte de la cultura de este lugar.

De acuerdo a los hallazgos se propone el siguiente plan de mejora:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ESTRATEGIA
1. Dificultad en la accesibilidad telefónica y /o presencial para la asignación de su cita médica	1. Generar una página web además de adquirir teléfonos con aplicación de WhatsApp y realizar asignación de la cita de manera eficaz y efectiva
2. Insatisfacción frente a las áreas de espera de la institución para la asignación de su cita médica	2. Entre los proyectos a corto plazo se realizará construcción de tercera fase del hospital con el fin de mejorar los espacios de espera, generación de consultorios entre otros
3. Tiempo de espera para la asignación de su cita médica	3. Es importante la asignación de personal exclusivo e idóneo para la asignación de las citas y ampliar el horario de atención en beneficio de la comunidad
4. La disponibilidad de citas médicas asignadas diariamente	4. Con la construcción de una tercera fase del hospital se aumentarán áreas como consultorios con el fin de tener un número de médicos acorde a la población atendida y mejorar la oportunidad de esta
5. Horarios para la asignación de su cita	5. Con la generación de página web o adquisición de teléfonos con aplicación WhatsApp, no será necesaria la asignación de horario que limiten la calidad y efectividad del servicio.

5.6.4. Resultados esperados

Al realizar el análisis de la encuesta relacionada con los servicios prestados en la

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató se da lugar a algunas conclusiones tales como:

- Se evidencia un alto grado de satisfacción de las personas encuestadas relacionado con la asignación de citas y quienes asistieron al servicio de consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl
- A pesar de que la asignación de citas siempre ha sido una de las mayores dificultades en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató se evidencia que durante la aplicación del instrumento el porcentaje de satisfacción ha sido notable, lo que hace pensar que la Institución se ha esmerado en aplicar planes de mejora.
- Es necesario resaltar que en algún momento de la aplicación del instrumento se presentó insatisfacción en cuanto al tiempo de espera, lo que hace pensar, entonces, que es importante realizar una intervención a los hallazgos.

5.7. Compromisos

5.7.1. Compromiso bioético

Los investigadores se comprometen a cumplir con lo establecido en el tratado internacional de Helsinki, además de la normatividad nacional, Resolución 008430 de 1993.

La investigación no tiene riesgos bioéticos, pues no se realiza intervención o modificaciones en variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de quienes participan en el estudio. Además, previo a la realización de la encuesta, se brindará a los sujetos, una descripción breve de la misma, y se aclararán dudas al respecto. Se solicitará la autorización de manera verbal.

5.7.2. Compromiso medioambiental

Teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional, los investigadores se comprometen a no hacer un uso indebido del papel y a consolidar la mayor parte de la información en medio magnético. Los cuestionarios se imprimirán en papel reciclable.

5.7.3. Compromiso social

Este trabajo constituye un aporte fundamental para la comunidad del municipio de Mistrató Risaralda, en la medida en que posibilitará la mejora de la calidad de los servicios de salud prestados en la ESE Hospital San Vicente de Paúl. Los investigadores además, se comprometen a cumplir con lo establecido en la Norma ISO 26000:2010 de Responsabilidad social.

5.8. Difusión de resultados

Los resultados de la investigación serán expuestos en la ESE Hospital san Vicente de Paúl del municipio de Mistrató Risaralda, antes que en cualquier otra institución. Así mismo, se socializarán en una actividad de la Fundación Universitaria del Área Andina para terminar estudio de posgrado.

5.9. Aspectos administrativos

5.9.1. Cronograma de trabajo

Tiempo Actividades	Meses												
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6							
Revisión Bibliográfica	■	■											
Elaboración Propuesta			■										
Elaboración Anteproyecto			■										
Recolección de datos			■	■	■	■	■	■	■				
Análisis de datos							■	■	■	■			
Elaboración Proyecto												■	
Presentación proyecto													

5.9.2. Presupuesto

	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Talento Humano				
Asesores	Hora	20	35.000	700.000
Investigadores	Hora	480	20.000	9.600.000
Digitador	Hora	10	20.000	200.000
Asesor externo	Hora	10	35.000	350.000
Total talento humano				10.850.000
Recursos físicos				
Fotocopias	unidad	70	100	7.000
Otros				
Pasajes	unidad	4	20.000	80.000
Viáticos	unidad	4	50.000	200.000
Total recursos físicos				687.000
Gran total				11.137.000

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) Alvis Estrada LR. Accesibilidad y oportunidad de los servicios de urgencias de tercer nivel de complejidad en Cartagena 2012. Universidad de Cartagena [Internet]. 2012. Disponible desde <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/31111/1/ACCESIBILIDAD%20Y%20OPORTUNIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20URGENCIAS%20DE%20TERCER%20NIVEL%20DE%20COMPLEJIDAD%20EN%20CARTA.pdf>.
- (2) Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Internet] 2014; 13(27): 242-265. Disponible desde <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyeps13-27.assa>
- (3) Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia. [Internet]. 2014. [Citado el 22 de mayo de 2018]; 30(2):179-183. Disponible desde <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>.
- (4) Díaz Guevara M. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud. Hospital Tito Villar Cabeza- Bambamarca- 2014. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú [Internet] 2014 [Citado el 23 de mayo de 2018]. Disponible desde <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/143>
- (5) Vargas, S. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima. Med Sant [Internet] 2010 [Citado el 20 de mayo de 2018]; 28(1):87-88. Disponible desde http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnadolicsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%201os%20servicios%20de%20salud.pdf.
- (6) Messarina Santolalla, PA. Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. UCV – Scientia [Internet] 2016 [Citado el 22 de mayo de 2018]; 8(2). Disponible desde <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/760>.
- (7) Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Ministerio de la Protección Social [Internet] 2008. [Citado el 20 de mayo de 2018] Disponible desde

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>.

(8) Vargas González, V; Valecillos, J; Hernández, C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. Revista de Ciencias Sociales Venezuela [Internet] 2013. [Citado el 21 de mayo de 2018] Vol. XIX, núm. 4, octubre-diciembre pp. 663-671. Disponible desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005>.

(9) Martínez Duque AF. Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Colombia [Internet] 2016 [Citado el 23 de mayo de 2018] Disponible desde <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/482/1/Percepcion%20de%20satisfaccion%20chia.pdf>

(10) Cano SM, Giraldo A; Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Pública [Internet]. 2016 [Citado el 22 de mayo de 2018]; 34(1): 48-53. Disponible desde <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n1/v34n1a06.pdf>

(11) Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz V, y Pérez-Cuevas R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. Salud pública de México [Internet] 2013 [Citado el 21 de mayo de 2018] Vol. 55, suplemento 2. Disponible desde http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800005

(12) Benjamín Suárez B. Percepción de la calidad en la atención de los usuarios externos del Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kühl, del 15 de enero al 15 de febrero del 2013. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua [Internet] 2013 [Citado el 21 de mayo de 2017].

(13) González-Quiñones JC, Restrepo-Chavarriaga G, Hernández-Rojas AD, Ternera-Saavedra DC, Galvis-Gómez CA y Pinzón-Ramírez JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. Rev. Salud pública

[Internet] 2014 [Citado el 23 de mayo de 2018] 16 (6): 871-884. Disponible desde pe/serverweb/calidad/Encuestas/SATISFACCION%20DEL%20USUARIO%20EN%20EMERGENCIA/EncuestaEmergencia2010.pdf.

(14) Anacona L, Ibarra Ríos NY, Burbano Acosta M, Rivera Daza CC. La calidad de atención en salud que brindan las Instituciones Prestadoras de Servicios. Universidad Católica de Manizales. Colombia [Internet] 2014 [Citado el 23 de mayo de 2018] Disponible desde <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/760>

(15) Morales González CG. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrató Risaralda. Universidad Javeriana. Colombia. [Internet] 2009 [Citado el 23 de mayo de 2018] disponible desde <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>

(16) Infantes Gómez FM. Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. Revista Peruana De Medicina Integrativa. Perú. [Internet] 2017 [Citado el 22 de mayo de 2018] Disponible desde http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876793/calidad-de-atencion-y-grado-de-satisfaccion-de-los-usuarios-de-_e4Vf9y6.pdf

(17) Quispe Pérez Y. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el servicio de traumatología del Hospital Nacional Hugo Pesce Pecetto Andahuaylas - 2015. Universidad Nacional José María Arguedas. Perú [Internet] 2015 [Citado el 23 de mayo de 2018]. Disponible desde <http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/234/24-2015-EPAE-Quipe%20Perez-Calidad%20de%20servicio%20y%20satisfaccion%20del%20usuario.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(18) Sánchez Barrón LA. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León. España. [Internet] 2012 [Citado el 23 de mayo de 2018] Disponible desde <http://eprints.uanl.mx/3332/1/1080256485.pdf>

(19) Bravo Tapia MR. Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña. Universidad Técnica

Particular de Loja. Ecuador [Internet] 2011 [Citado el 20 de mayo de 2011] Disponible desde <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2843/1/Bravo%20Tapia%20Melida%20Rosario.pdf>

(20) Nebot Adell C, Baqués Cavallé T, Crespo García A, Valverde Caballero I y Canela-Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. Aten Primaria. España [Internet] 2005 [Citado el 24 de mayo de 2018] 35(6):290-4 Disponible desde <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-opinion-los-usuarios-como-13073414>

(21) Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A y Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria. España [Internet] 2005 [Citado el 23 de mayo de 2018] 36(7):358-66. Disponible desde <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepciones-expectativas-sobre-atencion-primaria-13080291>

(22) García Valdivieso MA y Monroy Suárez LF. Calidad: concepto, evolución y líderes del sector salud. Universidad Santo Tomás. Colombia [Internet] 2017 [Citado el 20 de mayo de 2018]. Disponible desde <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10409/Garc%C3%ADamar%C3%ADa2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

(23) López Gumucio, R. La calidad total en la empresa moderna perspectivas. Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia. [Internet] 2005 [Citado el 23 de mayo de 2018] vol. 8, núm. 2, pp. 67-81. Disponible desde <http://www.redalyc.org/pdf/4259/425942412006.pdf>

(24) Álvarez Heredia, F. Calidad y auditoría en salud. Bogotá. [Internet] 2007 [Citado el 23 de mayo de 2018] Ecoe. Disponible desde <https://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2015/07/Calidad-y-auditoria-en-salud-3ra-Edicio%CC%81n.pdf>

(25) DOMÍNGUEZ, Collins, Humberto. El servicio invisible fundamento de un buen servicio al cliente. 2006. Edit. ECOE ediciones.

(26) Stanton, W, Etzel, M, y Walker, B. Fundamentos de Marketing. Págs. 333,334. 2004. Mc Graw Hill.

(27) Kotler P y Armstrong. Elementos que conforman la satisfacción del cliente. En Fundamentos de Marketing. 2004. Págs. 10,11.

(28) Rodríguez MCCR. El Concepto de Calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista Universidad de la Salle. 2009. 48(80).

(29) Ministerio de salud. Minsalud. [Internet] 2017 [Citado el 22 de mayo de 2018] Disponible desde <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>.

(30) Organización Internacional de Normalización- ISO. ISO 9000: Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. [Internet] 2000 [Citado el 21 de mayo de 2018] Disponible desde www.iso.ch.

(31) Organización Mundial de la Salud-OMS. [Internet] 1991 [Citado el 24 de mayo de 2018]. Disponible desde www.who.int/publication

(32) Ipinza Riveros M. Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. Cuad Méd Soc. Chile. 2007; 47(1):5-17.

(33) Céspedes Quirós Y, Cortés ÁR, Madrigal Meneses M. Validación de un instrumento para medir la percepción de la calidad de los servicios farmacéuticos del Sistema Público de Salud de Costa Rica. Rev. Salud Pública Costa Rica [Internet] 2011 [Citado el 21 de mayo de 2018]; 20(2):75-82. Disponible desde http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-4292011000200002&lng=es.

(34) Arellano, R. Comportamiento del Consumidor y Marketing. 1996. México

(35) Schiffman y Lazar. Comportamiento del consumidor. 1997. Quinta Edición Perentice- Hall Hispanoamericana. S.A.México

(36) Lloréns Montes, Francisco y Fuentes Fuentes, María. Gestión de la Calidad empresarial. 2006. Fundamentos e implementación. Ediciones Pirámide. Madrid, España.

(37) Hernández Sampieri, Roberto; Fernández–Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la investigación. 2006. McGraw-Hill Cuarta edición. México D.F.

(38) Parasuraman, A; Zeithaml, V & Berry, L SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 1998. Vol, 64, N° 1.

(39) Malagón-Londoño, Gustavo. Visión sobre la Calidad Total. 1999. En: Garantía de Calidad en Salud. Malagón-Londoño, Gustavo; Galán Morera, Ricardo y Pontón Laverde, Gabriel (Compiladores). Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.

(40) Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías Hernández SI, Arellano Hernández A y Nava Bringas TI. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. México. [Internet] 2013 [Citado el 24 de mayo de 2018] Disponible desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>

(41) Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de la evaluación. 1984. La Prensa Médica Mexicana. México, D. F.

(42) Aguirre-Gas HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. 2008. Cir. 76: 187-196.

(43) Serrano DRR, Loriente AN. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública de México. 2008. 50(2): 162-172.

(44) Jaramillo J. Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. Sociedad Editora Nacional de Salud y Seguridad. Editorial de la Universidad de Costa Rica. 1998.

(45) Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Huacho y Red Salud Huaura Oyen. Perú. [Internet]. 2010 [Citado el 20 de mayo de 2018] Huaura Oyen- Lima: UGCHRS Disponible desde <http://www.hdhuacho.gob>.

(46) Thompson, I. Satisfacción del usuario. Ibo américa [Internet] 2009 [Citado el 22 de mayo de 2018];98(2):13. Disponible desde desde: <http://www.promonrgocios.net/mercadotecnia/satisfacción.usuario>.

(47) Encuesta sobre la satisfacción del usuario. Colombia [Internet] 2010 [Citado el 24 de mayo de 2018]; 20(1):88. Disponible desde <http://www.uaeh.ficsa/licenciatura/documentos/Satisfacción%20de%20Olos%20servicios%20de%20salud.pdf>

(48) Ramírez STJ. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectivas de los usuarios. Salud Pública. Mex. 1998. 40-43.

(49) Rascón LC, Abril VE, Román PR et al. Evaluación de la satisfacción de las usuarias y prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, México. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. 2007. 8(3): 1-11.

(50) Miyahira J. Calidad en la atención médica: ¿Paciente o cliente? Rev Med Hered. 2001. 12(3):75-77.

(51) Hernández TF, Aguilar RMT, Santacruz VJ et al. Queja médica y calidad de la atención en salud. Revista CONAMED. 2009. 14(3): 26-34.

(52) DiPrete Brown L, Miller Franco L, Rafeh N y Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. USAID Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad [Internet] 2012 [Citado el 22 de mayo de 2018]. Disponible desde http://www.maternoinfantil.org/comunidades_de_practica/archivos/464_gestion%20de%20la%20calidad.pdf

(53) Duque Oliva EJ. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR, revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad

Nacional de Colombia. [Internet] 2005 [Citado el 22 de mayo de 2018] Disponible desde <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>

(54) Jaramillo-Mejía MC y Cherichovsk D. Elsevier Doyma Estudios Gerenciales. [Internet] 2015 [Citado el 22 de mayo de 2018] 30–40. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Disponible desde <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepciones-expectativas-sobre-atencion-primaria-13080291>

(55) Sitio web oficial de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Mistrató Risaralda. <http://www.hsvpmistrato.gov.co/web/>

