



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla

Yeis Miguel Borré Ortiz

Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar

Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería

Bogotá, Colombia

2013

Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla

Yeis Miguel Borré Ortiz

Tesis presentada(o) como requisito parcial para optar al título de: **Magíster en
Enfermería con Énfasis en Gerencia en Salud**

Director (a):

Yolanda Vega Vega

Especialista en Gerencia Social

Magíster en Salud Pública

Línea de Investigación:

Cuidado y Práctica de Enfermería

Grupo de Investigación:

Grupo de Cuidado

Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar

Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería

Bogotá, Colombia

2013

(Dedicatoria o lema)

A DIOS TODO PODEROSO, primeramente por su grande amor y misericordia que cada día me dan las fuerzas para seguir en el camino de la perseverancia, y también por darme la sabiduría y el entendimiento que me han permitido trascender en el camino y conocimiento de Enfermería.

Sin la ayuda y la fortaleza de ese Ser supremo, hoy este sueño no fuese realidad.

A mi Tía Mercedes Borré, quien con su amor y apoyo se ha convertido en toda una madre comprensiva y consejera, mediante sus palabras de sabiduría que me han sabido orientar en los momentos difíciles durante gran parte de mi ciclo vital.

Yeis M. Borré Ortiz

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de Barranquilla, de Agosto a Octubre de 2011.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 158 pacientes a través del Cuestionario SERVQHOS-E, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Los datos se tabularon y graficaron en Excel, se utilizaron medidas de dispersión, tendencia central, frecuencias absolutas y relativas para la interpretación de resultados, guardando el rigor metodológico y las características éticas correspondientes.

Resultados: La calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados es “Peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en un 17%, y “Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%; el 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”. El 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años (DE: 18.5).

Conclusiones: De acuerdo a la Teoría de la Desconfirmación de Expectativas de Oliver y los postulados de Parasuraman et al, el 78% de los pacientes evidenció altos niveles de calidad percibida de la Atención de Enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Resultado coherente con otros estudios, los cuales muestran que la Calidad Percibida como buena oscila entre el 60% y 100%. El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% Recomendaría la IPS.

Palabras Claves: Calidad de la atención de salud, Atención de Enfermería, Satisfacción del paciente, hospitalización (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Aim: To determine the perceived quality of nursing care by patients hospitalized in Servicing Institution Health of Barranquilla, from August to October 2011

Methods: A descriptive, cross-sectional, quantitative, in which 158 patients were surveyed through the questionnaire SERVQHOS Nursing, after fulfilling the inclusion criteria. The data were tabulated and graphed in Microsoft Excel, used measures of dispersion, central tendency, absolute and relative frequencies for the interpretation of results, keeping the methodological rigor and the ethical characteristics corresponding.

Results: found that the perceived quality of nursing care by patients hospitalized is "Worse and much worse than expected" by 4%, "as expected" by 17% and "Better and much better than I expected" by 78%; the 48.7% were "very satisfied", 48.1% "satisfied", and the 3% "Somewhat and Not Satisfied". The 56% are women and 44% men, with an average of 48.5 years (DE: 18.5).

Conclusions: According to the theory of Oliver disconfirmation of expectations and assumptions of Parasuram Et al, 78% of patients evidenced high levels of perceived quality of nursing care, 17% modest levels of perceived quality and 4% low levels of perceived quality. Result consistent with other studies, which show that the perceived quality as good ranges between 60% and 100%. The 96.8% was satisfied and 97% would recommend the Institution for the nursing care that is provided there.

Keywords: Quality of Health Care, Nursing Care, patient satisfaction, hospitalization.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras.....	XIII
Lista de tablas	XIV
Lista de Gráficos	XV
Introducción	1
1. Capítulo 1: Marco Referencial	5
1.1 Planteamiento del Problema	5
1.1.1 Descripción y Delimitación del Problema	5
1.2 Justificación del Estudio	13
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivos Específicos	18
2. Capítulo 2: Marco Normativo	19
3. Capítulo 3: Marco Teórico.....	25
3.1 Antecedentes y Origen de la Calidad.....	27
3.4 Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería	37
3.5 Definición de Variables y conceptos principales	38
4. Capítulo 4: Marco de Diseño.....	49
4.1 Tipo de Estudio	49
4.2 Universo y Muestra	49
4.3 Criterios de Inclusión.....	50
4.4 Criterios de Exclusión	51
4.5 Fuente de Información	51
4.6 Instrumento	51
4.7 Procedimiento para la Recolección de la información	51
4.8 Procesamiento de la información.....	52
4.9 Riesgos del Diseño	52
4.10 Consideraciones Éticas.....	53
4.11 Consideraciones Ambientales.....	55
4.12 Limitaciones del Estudio	55
4.13 Aportes y Difusión de Resultados	56

5. Capítulo 5: Plan de Análisis, Resultados y Discusión	59
5.1 Plan de Análisis	59
5.2 Resultados y Discusión.....	61
5.2.1 Caracterización de la IPS centro de Estudio.....	61
5.2.2 Resultados de la Prueba Piloto.....	63
5.2.3 Resultados de Calidad Percibida	64
5.2.4 Calidad Percibida por mes, de acuerdo a Aspectos Tangibles e Intangibles y Opciones de Respuesta.	67
5.2.5 Resultados de Calidad Percibida en el trimestre	69
5.2.6 Resultados de Calidad Percibida de acuerdo al Número de Preguntas y Opciones de Respuesta.	72
5.2.7 Resultados de Calidad Percibida de acuerdo a aspectos tangibles e intangibles	73
5.2.8 Relación entre Aspectos Tangibles e Intangibles y Opciones de Respuesta	78
5.2.9 Resultados de Datos de Opinión	79
5.2.10 Caracterización Demográfica de la Población	83
6. Capítulo 6: Conclusión y Recomendaciones	87
6.1 Conclusión	87
6.2 Recomendaciones	88
A. Anexo: Cuestionario SERVQHOS-E.....	91
B. Anexo: Consentimiento Informado.....	95
C. Anexo: Autorización del Cuestionario SERVQHOS-E y Solicitud de Autorización Institucional.....	99
Bibliografía	103

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1: Ciclo de la Calidad de Deming.....	33
Figura 2: Modelo de Desconfirmación de Expectativas de Oliver.....	46

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Características de Calidad presentes en el desarrollo normativo sobre Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia.....	22
Tabla 2: Relación entre la Constitución Política, el Sistema de Seguridad Social en Salud y la Reglamentación de la Profesión de Enfermería en Colombia....	24
Tabla 3: Resumen Cronológico de los modelos más relevantes sobre Medición de la Calidad percibida.....	45
Tabla 4: Distribución de los pacientes encuestados por mes.....	50
Tabla 5: Relación entre el instrumento SERVQHOS-E, la Teoría de Desconfirmación de Expectativas de Oliver y el Paradigma de Calidad Percibida de Parasuraman et al.....	60
Tabla 6: Respuestas según aspectos tangibles e intangibles de la atención de Enfermería en la IPS pública de Barranquilla.....	75
Tabla 7: Nivel de satisfacción global de la población de estudio, con la atención de Enfermería en la IPS pública de Barranquilla.....	79
Tabla 8: Recomendación del Hospital por parte de la población de estudio, por la atención de Enfermería que se brinda en la IPS pública de Barranquilla.....	81
Tabla 9: Distribución porcentual por Sexo, de la población de estudio en IPS pública de Barranquilla.....	84
Tabla 10: Distribución porcentual de la población de estudio según variables demográficas: Estado laboral, estado civil y nivel de estudios; IPS pública de la ciudad de Barranquilla.....	84

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1: Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Agosto 2011.....	65
Gráfico 2: Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Septiembre 2011.....	66
Gráfico 3: Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Octubre 2011	67
Gráfico 4: Comportamiento por Mes de Aspectos Tangibles de Calidad de la Atención de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en la IPS pública de Barranquilla. 2011	68
Gráfico 5: Comportamiento por Mes de Aspectos Intangibles de Calidad de la Atención de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en la IPS pública de Barranquilla. 2011	69
Gráfico 6: Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Agosto, Septiembre y Octubre 2011	70
Gráfico 7: Calidad de la Atención de Enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en la IPS pública de Barranquilla, según Opciones de respuesta y Número de preguntas	72
Gráfico 8: Comportamiento de Aspectos Tangibles e Intangibles de Calidad de la Atención de Enfermería por promedio de tipo de respuesta	78

Introducción

“La Atención de Enfermería es una relación enriquecedora con un ser apreciado y valioso por quien se tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad”.

Kristen M. Swanson (1991)

Etimológicamente la palabra Calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa “perfección”;¹ ó “manera de ser”² y “Satisfacción”, procede del latín *Satisfacere*, que significa “bastante (satis) hacer (facere)” es decir, está relacionado con un sentimiento de “estar saciado”³; ambos conceptos, sin lugar a dudas, cada día toman mayor interés, dedicación y aplicación dentro de la gerencia.

Desde la década de los años 40 con la participación de hombres con dominio en el tema, el concepto de Calidad se convirtió en todo un sistema para definir que si un producto no tenía las características y condiciones para ser usado de manera adecuada automáticamente era considerado de mala calidad, aspecto que tomó gran trascendencia dentro de las empresas e industrias, mientras que el concepto de Satisfacción tiene su origen desde la década de los años 60 cuando el comportamiento de queja por parte de los usuarios despertó mucha preocupación entre los empresarios e investigadores.⁴

A nivel de salud, ambos conceptos han tomado interés desde la década de los 80 y 90, cuando el Dr. Avedis Donabedian los introdujo a las Instituciones de Salud basado en tres pilares fundamentales (Estructura, Procesos, y Resultados); los cuales constituyen la

¹ MIYAHIRA, JM. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista Médica Herediana. 2001; 12(3): 75-77.

² CENTENO, EA. Metodologías estadísticas en el contexto del ciclo DMAMC de Seis Sigma para la mejora de la calidad en los procesos de servicio Capítulo 2 Definición operacional de la calidad en los servicios. Tesis en opción al título de Licenciado. Universidad de Las Américas, Puebla, México. 2005.

³ MOLINER, B. La formación de la satisfacción/insatisfacción del consumidor y del comportamiento de queja: aplicación al ámbito de los restaurantes. Innovar, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 2008; 18(31): 29-43.

⁴ Óp. Cit., MOLINER, B. 2008.

Calidad Asistencial,⁵ de allí, ha surgido la creación de instrumentos para medir aspectos relacionados con la calidad de la atención, se ha construido una ruta conceptual que ha permitido la evaluación y mejoramiento continuo de las instituciones, basado en la gestión de la calidad a través de la opinión del usuario, quien es realmente el consumidor del servicio y/o producto final.

En el sector salud al igual que en otros sectores, esta calidad se puede evaluar desde dos perspectivas: subjetiva y objetiva, puesto que ambas, al ser evaluadas, aportan elementos necesarios para mejorar dicha calidad; es por eso que en el ámbito de la atención hospitalaria ésta búsqueda de calidad debe regirse principalmente por las exigencias de la normatividad vigente y el desarrollo investigativo; con el fin de que todos los recursos sean movilizados con el objeto de mostrar al usuario un servicio cada vez mejor, puesto que el enfoque de calidad basado en el cliente pone de manifiesto que Calidad no es solamente cumplir con requerimientos técnicos sino llegar a satisfacer las necesidades y expectativas del cliente,⁶ aspecto que solamente tiene sentido si se tiene en cuenta la opinión y se escucha la voz del mismo⁷; Juran, citado por Llinás y Miyahira, define la calidad como aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias.⁸⁻⁹

No obstante, la literatura manifiesta que la Calidad Percibida y la satisfacción del usuario son fenómenos de particularidad multicausal, multifactorial y subjetiva, situación que, según el Modelo EFQM de Excelencia de la European Foundation for Quality Management, debería tenerse en cuenta para que la medición y evaluación de dicha calidad sea de forma continua y constante durante todo el año, con el fin de crear la cultura de evaluación de la calidad percibida en las instituciones, de lo contrario, los resultados obtenidos como producto de medición en un lapso de tiempo no podrían ser inferibles al resto de los meses, ni al resto de la población atendida, puesto que las

⁵ DONABEDIAN A, Zurita B. Calidad Asistencial. Revista Jano. 1989; 34:27 35–42.

⁶ EVANS, JR. LINDSAY, WM. FRAGOSO, FS. DÍAZ, GH. Administración y control de Calidad. Thompson. 2000. Pág. 13.

⁷ SAINZ, A. MARTÍNEZ, JR. ALONSO, M. AYUSO, B. CAAMAÑO, C. MARCO, A. MORÁN, I. ESTÉVEZ, J. Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. Revista Calidad Asistencial 2002; 17(5):284-291.

⁸ LLINÁS, A. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la reforma del Sistema. Revista Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154.

⁹ Óp. Cit. MIYAHIRA, JM. Pág. 76.

percepciones de las diferentes personas que puedan llegar a hospitalizarse en el transcurso del año, varía dependiendo de los factores que en cada uno influyen.

Enfermería como profesión dedicada al Cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos,¹⁰ posee un rol importante dentro del equipo de salud, puesto que es quien permanece mayor tiempo con el paciente proporcionándole cuidados de Enfermería que hacen parte de la atención integral que se mide en las instituciones.¹¹

En este sentido, Enfermería ha tomado de las ciencias administrativas, herramientas necesarias que le permiten participar dentro de las organizaciones en sus diferentes niveles de gestión (Estratégico, Táctico y Operativo); y también como prestador directo del cuidado de Enfermería; participación que se evidencia bajo el desempeño de tres roles sustanciales (Dependiente, Independiente e Interdependiente), los cuales, según evidencia bibliográfica, se han abordado poco durante el desarrollo investigativo, situación que no permite ver mejores y mayores estrategias administrativas que planteen direccionamientos para el mejoramiento de la calidad del cuidado y atención brindada por Enfermería, sin embargo, las que existen se están utilizando con el fin de optimizar la prestación del servicio.

De acuerdo con Puebla et al, la calidad de la atención que ofrece el personal de Enfermería se debe reflejar es en la satisfacción del paciente que la recibe, por tal razón, la presente investigación se propuso determinar desde la percepción de los pacientes hospitalizados, cómo es la calidad de la atención de Enfermería que se brinda en una IPS pública de la ciudad de Barranquilla, se utilizó el cuestionario SERVQHOS-E como instrumento válido y confiable, el cual arrojó resultados concretos y específicos que permitieron dar lineamientos para el mejoramiento de la atención de Enfermería y, por ende, la atención en salud.

Inicialmente se hace una descripción y un planteamiento acerca de cómo está la situación con relación a la atención que Enfermería brinda en las instituciones como parte fundamental del equipo de salud, la debilidad de sus intervenciones, el impacto de sus acciones, los resultados de sus intervenciones en materia de satisfacción del cliente y algunos antecedentes de investigaciones que buscaron el mismo fin del presente estudio.

¹⁰ NEWMAN, M. et al. The Focus of the Discipline of Nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991; 14(1):1-5.

¹¹ Puebla, DC. Ramírez, A. Ramos, P. Moreno, MT. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de Enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 17 (2): 97-102.

A manera de justificación se plantean los aspectos fundamentales que permiten resaltar la actuación del personal de Enfermería en el sector salud y la importancia de sus intervenciones dentro del Sistema de Salud para la sociedad, el conocimiento y la misma disciplina.

Se plantean los objetivos pretendidos con la presente investigación y se expone la normatividad por la cual se fundamenta la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería, para garantizar que sus intervenciones son pertinentes y necesarias dentro del Sistema de Salud.

En el Marco teórico se hace un recuento histórico y teórico de todos los antecedentes que se han dado en materia de calidad, calidad percibida, satisfacción del usuario, calidad de la atención, calidad en Enfermería y la revisión de algunos instrumentos que permiten dilucidar las formas de cómo medir tales aspectos en materia de atención en salud.

Teniendo claro el objetivo y toda la fundamentación teórica y crítica, se plantea entonces la forma como se logró vislumbrar el fenómeno estudiado, mediante el planteamiento de la ruta metodológica y la forma de análisis, luego se hizo la presentación de los resultados obtenidos y su discusión con los hallados por otros autores.

Finalmente se establecieron las conclusiones y se dejaron algunas recomendaciones que sirvieran de insumo para futuras investigaciones tocantes al tema en mención.

1. Capítulo 1: Marco Referencial

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Descripción y Delimitación del Problema

En las organizaciones públicas y privadas, a nivel nacional e internacional, existe la necesidad de adoptar un lenguaje común que permita el desarrollo empresarial, ese lenguaje es al que Huber denomina Calidad de hecho y calidad en percepción,¹² y al que Duque básicamente distingue bajo dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. La calidad objetiva conocida como aquella que se enfoca en la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor,¹³ al evaluar y garantizar la calidad subjetiva también se obtienen buenos resultados al igual que cuando se evalúa la calidad objetiva.

En las instituciones de salud, la calidad de la atención se evalúa en la medida que todos sus procesos estén orientados a obtener los mejores resultados y la satisfacción del usuario externo e interno como indicador esencial para el mejoramiento continuo de la calidad;¹⁴ ya que los nuevos enfoques de gerencia en salud, basados en el cliente, muestran que ofrecer alta calidad significa no solamente corresponder a las expectativas

¹² HUBER, D. Mejora en la Calidad y control de riesgos, en: Liderazgo y Administración en Enfermería. 1 Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1999. P. 468.

¹³ DUQUE, E.J. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición". Revista Innovar. 2005; 25(15): 64-80.

¹⁴ JIMÉNEZ. M, ORTEGA VMC, CRUZ AG, CRUZ CM, otros. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Revista mexicana de Enfermería cardiológica. 2003; 2:58–65.

de los usuarios sino también sobrepasarlas¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷, es decir, ir más allá de lo que se considera un estándar mínimo ó básico de calidad.

Partiendo entonces de éste enfoque, es preciso reconocer que la atención en salud debe estar basada en el paciente como centro de todo lo que se establezca dentro de la organización, con el fin de responder a sus necesidades de salud y lograr su satisfacción, pero también garantizar que exista la disponibilidad de recursos con los que se pueda brindar una adecuada atención y que ésta sea con calidad, razón por la cual, son muchas las instituciones de salud que, mediante medios virtuales, se interesan por medir y evaluar la prestación de su servicio a través de encuestas realizadas a sus usuarios, posterior a la atención brindada¹⁸⁻¹⁹ encuestas que, si bien es cierto, excluyen los componentes de la atención propia de Enfermería.²⁰

Cabarcas y Cols, plantea que los centros hospitalarios son empresas que requieren cobrar protagonismo en la calidad puesto que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de un ser humano, atención que es proporcionada por personal capacitado en el área de la salud²¹; dentro del cual se encuentra el equipo de Enfermería, quienes se constituyen (según organizaciones internacionales y sistemas de salud) en uno de los recursos humanos en salud más importantes y con potencialidades para generar cambios en el cumplimiento de políticas de salud y en el logro de las metas propuestas por las instituciones,²² debido a que es el personal que establece mayor contacto con el paciente ante la realización de procedimientos e intervenciones que se

¹⁵ CÁRDENAS. L, OTROS. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. 2008

¹⁶ LOZADA, M. RODRÍGUEZ, A. Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. Bogotá – Colombia. Cuad. Adm. 2007; 20(34): 237–258.

¹⁷ RIVAS, L. TRONCOSO, P. URRRA, S. Evaluación de la calidad de servicios de salud para establecimientos autogestionados en red, Aplicado al Hospital Regional de Talca. Escuela de Administración. Universidad de Talca. 2004.

¹⁸ MIRA, JJ. ARANAZ, J. LORENZO, S. RODRÍGUEZ, J. MOYANO, S. Evolución de la Calidad Percibida en dos hospitales públicos. Revista Psicotherma, 2001; 13(4): 581 – 585.

¹⁹ Óp. cit., Jiménez. M, y cols. Pág. 61.

²⁰ WILLIAMS, S. Quality and Care; Patients' Perceptions. Journal of Nursing Care Quality. 1998; 12(6): 18-25.

²¹ CABARCAS. IN, MONTES, A, ORTEGA, G. Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de Enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. Actualizaciones en Enfermería. 2009; 12.

²² GRAJALES Z, Rosa A. La gestión del cuidado de enfermería. Índice de Enfermería. 2004; 13(44-45):42–46.

ven reflejados en la evaluación de resultados,²³ Durán y Cols, sostiene que Enfermería es el eje insustituible alrededor del cual gira la totalidad de la atención médica de un hospital y su actividad es el factor determinante mayor de la calidad de esa atención,²⁴ y Carvallo, manifiesta que Enfermería es la columna vertebral del sistema de salud;²⁵ renombres que ha ganado Enfermería dada la importancia de sus intervenciones para el mejoramiento de la salud, no obstante, todavía se evidencian aspectos de la práctica que impiden demostrar los esfuerzos por los que ha luchado para demostrar su productividad en las organizaciones debido a que muchas de las intervenciones realizadas por Enfermería se tornan invisibles porque sus resultados no son tangibles, y por tanto, no se pueden medir de forma objetiva.²⁶

La literatura evidencia que dichos aspectos se vienen presentando desde décadas anteriores, es así como un estudio realizado por Mendoza y Cols en México, se encontró que la atención de Enfermería en general es buena en un 87% pero que no se logra el 100% debido a problemas en el surtimiento de suministros, insumos y equipos, como también la situación en la que se encuentran los recursos físicos; pero además evidenciaron que en un 79% las enfermeras no muestran interés por el padecimiento del paciente, aspecto de mucha importancia en su satisfacción, y el 77% de las enfermeras no se identifican con el paciente a la hora de brindar cuidados; como conclusión, las autoras llegaron a la afirmación de que sería necesario modificar algunos aspectos con relación a los procesos para que la atención de Enfermería que se proporcionaba a los pacientes fuese oportuna, adecuada, humanística; de calidad y con la optimización de recursos.²⁷

Otros investigadores, en el mismo país, tres años más tarde, desarrollaron un estudio similar, dirigido a evaluar la calidad de la atención de Enfermería pero en un escenario y con un propósito diferente, los resultados revelaron que la atención de Enfermería

²³ Óp. Cit., CABARCAS. IN, y cols.

²⁴ DURÁN. E, CUERVO. MP, ECHEVERRI. S. Desarrollo de la Enfermería en Colombia. Acto de reconocimiento. Revista [Actualización en Enfermería](#). 2004; 7(1):24-30.

²⁵ CARVALLO, B. citada por: Pablo Correa. Las colombianas entre las más buscadas, Enfermeras en Plan de Fuga, Artículo del Espectador.com, Edición On line, Octubre 2008. Disponible en: www.elspectador.com/impreso/articuloimpreso84749-enfermeras-plan-de-fuga

²⁶ ABAUNZA. M, CASTELLANOS Y, GARCÍA L, GÓMEZ J. ¿Cuál es la productividad de Enfermería? Revista Avances en Enfermería. 2008; 26(2):91-97.

²⁷ MENDOZA, T. BRITO, N. GONZÁLEZ, Z. Evaluación de la Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización. Revista de Enfermería. IMSS, Puebla-México. 1988; 1(1): 21-27.

proporcionada al paciente en el área de hospitalización materno-infantil es buena en relación a los factores de riesgo, y en función de complicaciones por procedimientos, pero que faltaba mayor vigilancia y control de las venoclisis²⁸ para evitar complicaciones por infiltraciones.

O'Connell y Cols, realizaron una investigación titulada "Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum", cuyo objetivo central fue evaluar la satisfacción del paciente con los cuidados de Enfermería; según los autores, los resultados cuantitativos del estudio revelaron niveles muy altos de satisfacción del paciente considerando esto como un indicador importante de calidad de atención, pero los datos cualitativos revelaron algunas anomalías como fallas en el instrumento, dificultad de los pacientes para reconocer a las enfermeras, y dificultad de los pacientes para discriminar los cuidados de Enfermería del resto de su experiencia de hospitalización general.²⁹

Estudios como el de González y Cols, Indican que los pacientes valoraron negativamente la información que las enfermeras proporcionan acerca del tratamiento, relacionándola con escasa capacidad o falta de predisposición para brindarla,³⁰ mientras que Ponce y Cols, resaltan que los aspectos más señalados por los pacientes como inadecuados durante la atención del personal de Enfermería, son la oportunidad en la atención y el trato amable.³¹

Quispe, explica que el 45% de los pacientes percibieron la calidad de la atención de Enfermería medianamente favorable, el 30% presentan una opinión desfavorable y solo el 25% una opinión favorable, según sus resultados, los ítems de las categorías medianamente favorable a desfavorable es reflejado cuando el paciente manifiesta que la enfermera no explica el procedimiento y se demora en la atención, cuando se muestra insensible ante el dolor, cuando muestra inseguridad y lentitud, despreocupación antes los efectos del tratamiento, desagrado ante las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo, la utilización de un lenguaje complicado, el no llamarlo por su nombre,

²⁸ GÓMEZ, M. CASTAÑÓN, MI. Evaluación de la Calidad de la Atención de Enfermería en el 2° nivel de Atención por la Jefe de piso. Revista de Enfermería. IMSS, Puebla-México. 1991; 4(2-3): 105-108.

²⁹ O'CONNELL, B. YOUNG, J. TWIGG, D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. International Journal of Nursing Practice 1999; 5. 72-77.

³⁰ GONZÁLEZ, MA. PADIN, S. RAMÓN, E. Satisfacción del paciente con la atención de Enfermería. Enfermería Clínica. 2005;15(3):147-55

³¹ PONCE, J. REYES, H. PONCE, G. Satisfacción laboral y calidad de la atención de Enfermería en una Unidad médica de alta especialidad. Rev Enferm IMSS 2006; 14 (2): 65-73.

indiferencia ante el ambiente de la unidad así como de los ruidos que impiden su descanso, la invasión de su privacidad y el desinterés por su alimentación.³²

Por su parte, Romero y Durand, en otro estudio de similar abordaje y con el mismo instrumento utilizado por Quispe, revelan que la percepción del paciente sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es favorable en un 43.33% y desfavorable en un 56.67%; indicando que los problemas en la atención de Enfermería se dan en la dimensión interpersonal de la enfermera, cuando esta se muestra insensible ante el dolor, no se identifican al ingresar al ambiente, no responden a sus preguntas con palabras sencillas, interrumpen el descanso reiteradas veces, no escuchan a sus pacientes cuando desean expresar sus temores, no los orientan al ingresar a la hospitalización, les invaden su privacidad y muestran desinterés por sus necesidades, además, cuando las enfermeras no los llaman por sus nombres, no se preocupan porque el ambiente se encuentre limpio, y no respetan las costumbres y creencias.³³

En el 2009, Puebla y Cols encontraron que el 20.9% de los pacientes expresó que no siempre los trataban con dignidad, el 51.9% opinó que casi nunca le fueron respetados sus derechos como persona y el 25% afirmó que nunca fueron respetados; Con relación al indicador de profesionalismo, el 46.4% de los pacientes opinó que casi nunca se actúa con profesionalismo y el 31.2% consideraron que es poco profesional la atención de Enfermería, en cuanto a la percepción de la calidad de la atención recibida por el personal de Enfermería encontró que en general fue mala, con una media de 38.52, ya que 60.87% de los pacientes consideraron que la atención fue regular y 34.78% estuvieron de acuerdo con que el servicio fue malo, no encontraron a nadie que se expresara en términos de excelencia con relación a la atención de Enfermería.³⁴

En Colombia, han sido varias las investigaciones realizadas en torno al tema, dentro de ellas se encuentra la realizada por Ariza y Daza, quienes llevaron a cabo un estudio investigativo con el fin de determinar la calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado en instituciones de tercer nivel en Bogotá, como resultado reportaron que

³² QUISPE, AM. Opinión que tienen los usuarios del servicio de medicina general sobre la calidad de la atención de la Enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis de Grado. Facultad de Medicina Humana, E.A.P. Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Peru – Lima. 2005.

³³ ROMERO, LC. DURAND, J. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Grado, Facultad de Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2008.

³⁴ Óp. Cit. PUEBLA y COLS. 2009.

en cuanto a la *Estructura* para la Enfermera profesional hay una *Suficiencia* de 63,7% y para el personal auxiliar de 72,8%, con lo cual se ubican en un *nivel alto* al utilizar la escala previamente establecida. Respecto al *Proceso* de la enfermera profesional se encontró que la *Suficiencia* es del 66%, un Índice de *Precisión Técnica* del 66% y una *Accesibilidad Interna* del 100%; Esto significa que la enfermera profesional se encuentra en un *nivel medio* respecto a la Suficiencia y en un *nivel regular* con respecto al Índice de Precisión Técnica.

Para el personal auxiliar se encontró una *Suficiencia* de 49,1%, un Índice de Precisión Técnica del 46% y una *Accesibilidad* del 100%, con lo cual se concluye que la Eficiencia del Proceso está en un nivel bajo y regular respectivamente. Y respecto al Impacto se encontró un grado de satisfacción de 53,3%, lo cual indica insatisfacción por parte de los pacientes que reciben el cuidado.³⁵

Todo lo anterior evidencia la importancia de medir y evaluar continuamente la calidad de la atención de Enfermería desde la percepción de los usuarios que reciben la atención; Irurita, explica que en la literatura se encuentran diferentes instrumentos fiables que miden la satisfacción del paciente con los cuidados de Enfermería, pero que a pesar de esto todavía existían algunas deficiencias relacionadas a la medición de esa satisfacción,³⁶ mientras que Bond y Thomas, afirman que la evaluación de la satisfacción de los pacientes está asumiendo gran importancia pero que al mismo tiempo falta rigor investigativo en su medición, porque los métodos utilizados son inadecuados, sin embargo, afirman que es a través de la atención de Enfermería que los pacientes experimentan muchas características diferentes de la atención hospitalaria; por tanto, evaluar la satisfacción es de suma importancia pero debe hacerse con instrumentos fiables y válidos que arrojen datos eficaces y verídicos.³⁷

Es por eso que en Colombia, el interés por medir la calidad en las organizaciones de salud es cada día mayor, y es evidente en la medida en que muchos investigadores están validando instrumentos como el Servqual, Servqhos, Care-Q, Cucase, entre otros, con el fin de medir y evaluar de manera concreta la atención en salud y Enfermería.

³⁵ ARIZA C, DAZA R. Sobre Calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de tercer nivel en Bogotá. Actualizaciones en Enfermería. 2005; 8(3): 8-14.

³⁶ IRURITA, V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. International Journal of Nursing Practice. 1999; 5(2):86-94.

³⁷ BOND, S. THOMAS, L. Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing. 1992; 17, 52-63.

Particularmente en Barranquilla, el proceso ha sido lento debido a que son escasas las investigaciones con relación a la calidad de atención en salud, específicamente, la atención de Enfermería,³⁸ y las que se han realizado, no todas han sido publicadas; aspecto que dificulta conocer resultados de investigación que permitan plantear mejores modelos de organización para la prestación del servicio de Enfermería de forma eficiente, eficaz y efectivo, que disminuyan las inconsistencias de la práctica.

Dentro de los pocos estudios, se encuentra el realizado por Christoph y Abaunza en el 2006, el cual estuvo orientado a determinar la calidad de la atención de Enfermería en IPS de salud mental y psiquiatría de Barranquilla, dentro de los resultados obtenidos se destacó la ausencia de guías, manuales y protocolos, los cuales ayudan a orientar al personal de Enfermería acerca de cómo desempeñarse de forma adecuada durante el proceso de atención, no obstante, también se resalta la poca satisfacción de los pacientes con relación a la atención.³⁹

Otro de los estudios encontrados fue el realizado por Palmet en el 2006, el cual estuvo orientado a determinar la calidad de atención del profesional de Enfermería en servicios de hospitalización de cinco instituciones prestadoras de salud de tercer nivel de atención, las conclusiones muestran que para la variable estructura hay una deficiente disponibilidad de normas en las IPS; para la variable Proceso, todas las instituciones clasificaron como regular, y en una de las instituciones se encontró nulidad de Guías de Atención que repercuten directamente en el hacer del profesional de Enfermería, y para la variable resultado, todas muestran buena calidad de la atención desde la percepción de los usuarios.⁴⁰

Por otra parte, Investigadores como Sarmiento y Cols, realizaron un Diagnóstico situacional sobre identificación de factores de riesgo para infecciones nosocomiales en cuatro entidades hospitalarias de la ciudad de Barranquilla, y encontraron que las infecciones nosocomiales no solo se daban por problemas en la estructura institucional, sino también en la forma como los profesionales de salud (incluyendo a Enfermería)

³⁸ PALMET, MM. Determinación de la calidad de atención del profesional de Enfermería en servicios de hospitalización de las instituciones prestadoras de salud de tercer nivel de atención, privadas de Barranquilla. Revista ANEC. 2007. ISSN 0124-6003. Pág. 30-31.

³⁹ CHRISTOPH, R. ABAUNZA, M. Determinación de la calidad de la atención del profesional de Enfermería en servicios de Hospitalización de las Instituciones prestadoras de salud especializadas en salud mental y psiquiatría de la ciudad de Barranquilla. Tesis de Maestría, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Barranquilla 2006.

⁴⁰ Óp. Cit., PALMET, M. pág. 31.

utilizaban los recursos al momento de atender a los pacientes,⁴¹ dejando entrever que el proceso en la atención en salud no era con calidad.

Es por eso que en la práctica profesional del personal de Enfermería, es común observar la inadecuada entrega y recibo de turno, la forma no individualizada y continua de brindar el cuidado, la escasa atención y orientación a los pacientes con relación a sus necesidades de salud, el aumento en las tasas de eventos adversos aludidos a Enfermería, la falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario, la falta de profesionalismo en el desempeño de los enfermeros, la carencia de información al paciente sobre los procedimientos a realizar, la presencia de infiltraciones venosas, la falta de atención al llamado, y más aún, cuando el paciente no llega a conocer el servicio en el que se encuentra hospitalizado y reconocer al personal de Enfermería que lo atiende porque ni siquiera se presentan; dejando como consecuencia una insatisfacción y desconcierto en el paciente que es quien percibe la calidad de la atención en el servicio, y que posteriormente se verá reflejado al quejarse de la atención y no recomendar la institución.

Situación que se debe indagar porque Enfermería juega un papel indispensable dentro del equipo de salud, por ser el recurso humano de mayor número, y por ende, el más visible;⁴²⁻⁴³ sobre el cual recaen las miradas, y al que juzgan los usuarios, por las características de sus intervenciones y actividades, al no recibir una atención que los haga sentir cómodos, importantes y satisfechos.

En razón a lo anterior en la presente investigación se pretende dar respuesta al siguiente interrogante:

1.1.2 Formulación del Problema

¿Cómo es la calidad percibida de la atención de Enfermería por parte de los pacientes hospitalizados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla, durante los meses Agosto, Septiembre y Octubre del 2011?

⁴¹ SARMIENTO, G. y COLS. Diagnostico situacional sobre factores de riesgo para infecciones nosocomiales en cuatro entidades hospitalarias del Distrito de Barranquilla – Colombia, Enfermedades Infecciosas. Editorial Mejoras. 2005, Vol. 1, p. 27 – 36. ISBN: 958-97499-5-X.

⁴² MALVÁREZ, S. La regulación de la práctica y la educación en Enfermería. Nuevos determinantes. Presentación realizada durante el XIII CURSO OPS/OMS-CIESS Legislación de Salud: La Regulación de la Práctica Profesional en Salud. México, D.F. Septiembre, 2006.

⁴³ VEGA, Y. Introducción de la II unidad, Asignatura Modelos Administrativos en Enfermería. Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2010.

1.2 Justificación del Estudio

Hoy día las organizaciones de salud atraviesan por una situación en la que es necesario orientar sus procesos hacia el logro de los objetivos misionales como un reto permanente para el mejoramiento continuo y progresivo de la calidad, con el fin de garantizar una prestación adecuada de sus servicios, sin embargo, el orientar sus procesos hacia el logro de objetivos lleva inmerso la evaluación de los mismos como herramienta que permite medir la calidad de las intervenciones y evaluar los resultados. En ese sentido, Sangiovanni. R, afirma que la evaluación de los procesos implica medir los resultados obtenidos en relación a los productos o servicios y la satisfacción de los usuarios.⁴⁴

Razón por la cual, en las dos últimas décadas, a nivel de atención en salud, se ha venido presentando un avivado interés por mejorar la calidad de los servicios, y una forma de hacerlo ha sido mediante la evaluación de la estructura organizacional, los procesos que se ejecutan en su interior, y los resultados obtenidos, con el fin de optimizar la atención en los servicios y, por consiguiente, la satisfacción de quienes lo reciben.

Caminal, sostiene que dicha satisfacción se ha convertido en un elemento de valor creciente para el marketing, la investigación en servicios de salud y como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias,⁴⁵ con el fin de mejorar los servicios y obtener la llamada “calidad institucional”, cuyo propósito final, además de cumplir con los requerimientos de calidad técnica, es que sus usuarios se sientan satisfechos con la atención recibida, enmarcando dicha satisfacción dentro de un marco de calidad subjetiva, particular y externa, en la que se toman los aspectos resaltados por los usuarios como negativos para luego convertirlos en aspectos positivos a través del mejoramiento continuo.

Jiménez y Cols, en concordancia con lo anterior, afirma que esa satisfacción gira en torno a un eje principal: el paciente, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial total,⁴⁶ puesto que el usuario (paciente, familia y/o

⁴⁴ SANGIOVANNI, R. Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de Enfermería. Centros de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP). Tesis de Maestría. 2004;

⁴⁵ CAMINAL J, OTROS. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista Calidad Asistencial. Barcelona. 2001; 16:276–279.

⁴⁶ Óp. Cit., JIMÉNEZ. M, y OTROS. P. 59.

sociedad) es quien tiene la oportunidad de percibir como se recibe el servicio debido a la experimentación vivida a la hora de consumir el producto de la institución.⁴⁷

No obstante, es importante resaltar que existe una implicación significativa de la manera como se llegue a evaluar dicha satisfacción, dado que actualmente se han planteado una cantidad de instrumentos que dicen medir tal aspecto pero que al final, los criterios de medición y los resultados no suplen los elementos necesarios para tomar correctivos; En esta medida, los antecedentes planteados anteriormente muestran que brindar calidad es uno de los enfoques a los que apunta Enfermería, puesto que su carácter de disciplina humana le permite preocuparse por el bienestar de quien recibe su servicio, sin embargo, se necesita fortalecer la manera de hacerlo mediante la determinación de su actuación en los diferentes escenarios.

Gaviria, afirma que esa evaluación, en Enfermería, debe contemplar información detallada sobre las relaciones entre las condiciones estructurales del contexto, de los lugares en donde se produce la asistencia, los procesos del cuidado mediante la reflexión cotidiana de la práctica en un intento de articular la teoría para mejorar la competencia profesional, y los resultados del cuidado desde la indagación permanente de su impacto.⁴⁸

Machucca, en su análisis de la situación sobre los aspectos de calidad que se vive en Colombia en relación a la prestación de la salud bajo el marco de las Reformas estipuladas por el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), expresa: *"Pareciera que todo está escrito con respecto a la calidad en la atención de Enfermería y que todos los elementos para brindar cuidado con calidad están a la orden del día"* no obstante, continua su discurso con el planteamiento de unos interrogantes que dejan a criterio de cada Enfermero (a) la duda sembrada con respecto a su actuación en el actual sistema de salud, suscitando al pensamiento de si el cuidado y la atención que ofrece Enfermería como servicio, realmente satisface las necesidades y cumple con las expectativas de los usuarios.⁴⁹

⁴⁷ ACOSTA Z. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y Gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004 – 2007;

⁴⁸ GAVIRIA, DL. La Evaluación del cuidado de Enfermería: un compromiso disciplinar. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1):24-33.

⁴⁹ MACHUCCA, D. Calidad o excelencia "Una preocupación de la Gerencia". Revista Ciencia y Cuidado. 2006; 3(3):140.

Por tal razón, reconociendo que Enfermería como profesión se encuentra inserta en la organización, su atención también debe ser significativa dentro del marco de la reforma del sistema de seguridad social colombiano, respondiendo a los retos de equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad, y confortabilidad, los cuales juntos se constituyen en los condicionantes de la satisfacción del usuario⁵⁰ que deben evidenciarse en la experiencia de vida compartida que plantea la situación de Enfermería.

Enfermería es una disciplina profesional⁵¹ y una ciencia, que tiene como núcleo central estudiar el cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos, entendiendo el cuidado como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.”⁵²

Leininger, afirma que el cuidado es la esencia, dominio central y característica distintiva y unificante de Enfermería,⁵³ por tanto, su continua indagación constituye un esfuerzo por desarrollar mejores formas de abordaje en los diferentes contextos; sin embargo, para que el cuidado sea legítimo, integro, oportuno, continuo y efectivo debe ser de calidad, brindarse en las mejores condiciones, con los elementos disponibles, solventando o cumpliendo de manera total y/o parcial una necesidad o expectativa; Brindar cuidado con calidad es dar respuesta a las necesidades de bienestar de un paciente, con los mejores recursos humanos, materiales y aspectos técnico - científicos de los que se dispone buscando el máximo grado de desarrollo y de satisfacción,⁵⁴ de igual forma se debe prever que todo lo que está alrededor del paciente responda de manera positiva durante la atención, puesto que si este proceso no se da, posiblemente se presenten las inconsistencias en la atención, y por consiguiente, impedir que los objetivos misionales dentro de la organización se cumplan.

⁵⁰ Op. Cit., JIMENEZ. M, y OTROS. P. 59.

⁵¹ DURÁN, MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. 1º ed. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.

⁵² LEININGER, M; MCFARLAND, M.R. Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practice. McGraw-Hill: 2002.

⁵³ LEININGER, M. Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados culturales, En MARRINER, A. ALLIGOOD, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier – España. 2007. P. 476.

⁵⁴ BERNAL, D. GARZÓN, N. Eventos adversos durante la atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. Tesis de Grado. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC. 2008.

Si bien es cierto y de acuerdo con Méndez y Cols, la Gerencia y el liderazgo han representado un desafío a ser enfrentado por los servicios de prestación de la atención en salud, específicamente por los servicios de Enfermería,⁵⁵ también es cierto que para la Enfermería contemporánea, investigar aspectos y fenómenos de tipo administrativo y gerencial ha sido un reto continuo que ha permitido disminuir el rezago desde éste ámbito.

Investigadoras como Irvine, Sidani, Larrabee, Huber, y otras, las cuales han organizado y propuesto, desde la perspectiva gerencial, modelos administrativos de organización y de calidad para la atención, como también, conocimiento para el desarrollo de la disciplina de Enfermería, articulando las ciencias administrativas con la práctica de Enfermería, sin embargo, aún se sigue progresando para estructurar un conocimiento de avanzada, que permita indagar los fenómenos desde el contexto gerencial, con el objeto de mejorar la atención y el cuidado al paciente sin perder de vista la estructura y los objetivos misionales de las institución de salud.

Tal es el caso de las Enfermeras Diane Irvine y Souraya Sidani, quienes tomando como referencia el Modelo de Estructura, Proceso y Resultado de calidad de atención planteado por el Dr. Donabedian, han diseñado y propuesto el Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, en el cual identifican variables de estructura, proceso y resultado. En el proceso plantean como básico medir la calidad de la atención de Enfermería desde tres roles que ejerce el profesional, como son el dependiente, el independiente, y el interdependiente,⁵⁶ los cuales influyen en los resultados.⁵⁷

El Modelo emerge con el fin de demostrar buenos resultados de los enfermeros a partir del adecuado desempeño del rol y que estos resultados sean altamente congruentes y coherentes con los de la atención en salud en general.

De ésta manera, en el presente estudio de investigación se evalúa desde el resultado: satisfacción del paciente, la calidad percibida de la atención brindada por Enfermería, con el fin de evidenciar en que aspectos se deben plantear mejores abordajes de atención que optimicen la prestación del cuidado y, por ende, del servicio de salud, reconociendo

⁵⁵ MÉNDEZ. IA, TREVIZAN. MA, LOURENÇO. MR. La Gerencia aclarada en el trabajo del Enfermero. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2002; 704–708

⁵⁶ IRVINE, D. SIDANI, S. KEATINGS, M. DOIDGE, D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1): 29–39.

⁵⁷ IRVINE, D. SIDANI, S. MCGILLIS HALL, L. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic*, 1998; 16(2): 58–64.

que la sociedad demanda cada vez más, un mejor y mayor compromiso y responsabilidad por parte de quienes decidieron optar por prestar un servicio basado en la filosofía del humanismo, el compromiso moral y el deber social; como también, fortalecer las intervenciones del equipo de Enfermería mediante la implementación de procesos de mejoramiento continuo que permitan efectuar una práctica de Enfermería consciente y relevante dentro del resto del equipo de salud, para responder desde lo disciplinar e interdisciplinar a los problemas y necesidades que plantea la cotidianidad en el escenario real.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla, durante los meses Agosto, Septiembre y Octubre del 2011

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la calidad de la atención hospitalaria brindada por Enfermería, según la perciben los pacientes.
- Identificar el nivel de satisfacción global con la atención brindada por Enfermería durante la hospitalización, según la percepción de los pacientes atendidos.
- Establecer lineamientos para una propuesta de intervención de calidad de atención de Enfermería, con base en los resultados obtenidos de la percepción de los pacientes hospitalizados.

2. Capítulo 2: Marco Normativo

Colombia es un Estado Social de derecho, y como tal, debe garantizar a la comunidad, la promoción de la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Norma de normas, Constitución Política de Colombia del 1991,⁵⁸ a todos los residentes del país sin ninguna discriminación por razón de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, sino que velará por la protección.⁵⁹

Si bien es cierto, el Derecho a la Salud no fue consagrado en la Constitución como un derecho fundamental para todos, salvo con respecto a los niños en el Artículo 44,⁶⁰ no obstante, la Corte Constitucional, ha sido reiterativa en el sentido de considerarlo como un Derecho Fundamental por conexidad, cuando en casos concretos, la protección de la salud involucre al mismo tiempo el amparo de la vida misma.⁶¹⁻⁶²

De acuerdo con Manrique et al, esa particularidad permite argumentar que la salud no debe mirarse como un servicio público solamente sino considerase como un derecho fundamental que debe brindarse bajo condiciones de calidad en toda su totalidad, con el fin de preservar los derechos inalienables del ser humano;⁶³ aspecto que indica lo relevante de que existan sistemas de evaluación y mejoramiento continuo de los servicios de salud, con el fin de responder a los requerimientos de bienestar y las necesidades sentidas de la población.

⁵⁸ Constitución Política de Colombia del 1991. Título I, De los principios fundamentales. Artículo 1 y 2.

⁵⁹ *Ibíd.* CPC 1991, Título II. Capítulo I. De los derechos fundamentales. Art. 13.

⁶⁰ *Ibíd.* CPC 1991, Capítulo II. De los derechos Sociales, Económicos y Culturales. Art. 44.

⁶¹ República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-484/1992.

⁶² MANRIQUE, FG. OSPINA, JM. MARTÍNEZ, AF. ¿La salud: Servicio público o Derecho fundamental? *Revista salud historia sanidad*, on-line 2008; 3(2). ISSN 1909-2407.

⁶³ *Ibíd.* MANRIQUE, FG y COLS. 2008.

Teniendo en cuenta ese aspecto, el estado colombiano propuso todo un sistema que velara por la protección integral de los habitantes del territorio colombiano en materia de Seguridad social, estableciendo la Ley 100 del 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, y se establece el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, cuyo objetivo fue garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten,⁶⁴ de igual forma, abordó nueve principios de suma importancia que rigen el Sistema General de Seguridad Social en materia de Atención en salud.

Dentro de ellos, el principio de calidad establece los mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional;⁶⁵ lo cual quiere decir, que las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud deben velar por prestar servicios que respondan a las necesidades de la población demandante para dar cumplimiento a la normatividad y a las expectativas de los usuarios, sin embargo, para lograrlo, se necesitan indicadores confiables, válidos y eficaces que midan realmente el impacto del sistema de salud sobre las poblaciones; puesto que es deber del Estado y la nación vigilar por el correcto funcionamiento en la prestación del servicio de salud.

Para tal fin, en el año 1996, fue emanado el Decreto 2174 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud fundamentado en la Ley 10 del 1990 y la Ley 100 del 1993; sin embargo, para el año 2002 el estado hace un replanteamiento del sistema de garantía de la calidad y establece el Decreto 2309 en donde incluye algunos apartes de la Ley 715 de 2001.

Finalmente, en el año 2006, el Ministerio de la Protección Social define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud bajo el Decreto 1011 de 2006 fundamentado en los Artículos: 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001,⁶⁶

⁶⁴ República de Colombia. Ley 100 del 1993, Sistema de Seguridad Social Integral. Cap. I, Art. 1.

⁶⁵ *Ibíd.* Ley 100 del 1993. Art. 153, principio N° 9.

⁶⁶ República de Colombia, Decreto 1011 de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

En el cual define la Calidad de la atención en Salud como:

“La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”⁶⁷

Con esto, lo que se pretende es que la atención en salud sea del más alto nivel de calidad posible, pero no únicamente a nivel de estándares institucionales, sino que sea reflejada en la satisfacción del usuario, porque el decreto emite unos componentes a los que las instituciones prestadoras del servicio deben y pueden acogerse para garantizar una adecuada prestación, pero también emite unas características específicas de calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, entre otras) que las instituciones deben tener en cuenta con el usuario a la hora de brindar el servicio de salud.

Lo antes mencionado, permite vislumbrar que el Estado Colombiano, desde que organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en el año 1996 hasta la actualidad, ha tenido un avivado interés por orientar a las instituciones de salud acerca de cuáles son los principios y requerimientos necesarios para brindar atención con calidad. (**Ver Tabla 1**).

De acuerdo con Ardila y Garay, es significativo resaltar que tanto la teoría como la misma legislación en materia de calidad de la atención en salud reconocen la importancia de escuchar la voz de los usuarios,⁶⁸ proceso que no ha sido ajeno al desarrollo normativo de la legislación colombiana.

Actualmente, con la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud, dado por la Ley 1122 de 2007, y la Ley 1438 de 2011, el Estado busca reforzar y mejorar el servicio de atención en salud y establecer indicadores de evaluación que permitan medir el impacto de las actividades de las diferentes instituciones de salud para garantizar un adecuado acceso y oportunidad a los servicios, calidad de esos servicios y mayor garantía de

⁶⁷ Ibíd. Decreto 1011 de 2006. Art. 2, p. 2.

⁶⁸ ARDILA, A. GARAY, G. Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de Unisalud. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2006.

bienestar para la población, desde una estrategia de atención primaria en salud; en donde el centro de la atención sea el usuario que recibe el servicio.⁶⁹

Tabla 1. Características de Calidad presentes en el desarrollo normativo sobre Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia.

Decreto 2174 de 1996	Decreto 2309 de 2002	Decreto 1011 de 2006
Organiza el SOGCS	Establece el SOGCS	Define el SOGCS
Accesibilidad	Accesibilidad	Accesibilidad
Oportunidad	Oportunidad	Oportunidad
Seguridad	Seguridad	Seguridad
Racionalidad Técnica	Pertinencia	Pertinencia
Idoneidad e integralidad	Equidad	Equidad
Competencia Profesional	Óptimo nivel profesional	Nivel profesional óptimo
Disponibilidad, Eficacia y Eficiencia de Recursos	Tiene en cuenta los Recursos disponibles	Más allá de la Verificación de Recursos
Continuidad	Continuidad	Continuidad
Satisfacción del Usuario	Adhesión y Satisfacción del Usuario	Adhesión y Satisfacción del Usuario
Humanización	Humanización	Humanización

Fuente: Análisis comparativo de la Normatividad nacional en materia de garantía de la calidad elaborado por el autor.

Como se mencionó anteriormente, Enfermería es una ciencia con una perspectiva humana, pero también una disciplina inmersa dentro del equipo de salud que debe acogerse a la normatividad para garantizar que sus intervenciones son pertinentes dentro del Sistema, e indispensables dentro de las instituciones prestadoras de salud, y para ello, en el año 1996 (Coincidentalmente, año en el que se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS), fue emanada la Ley 266 que regula la profesión⁷⁰, dentro de la cual se establecen los principios específicos de la práctica del profesional de Enfermería; y uno de ellos es la Calidad, definida como el principio bajo el cual el profesional de Enfermería:

“Orienta el Cuidado de Enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

⁶⁹ República de Colombia, Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículos 1 y 1 respectivamente.

⁷⁰ Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996. Capítulo 1. Art. 1.

*La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de Enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de Enfermería que presta dicho servicio*⁷¹

Lo anterior establece que Enfermería debe y puede brindar cuidado con calidad que logre satisfacer las expectativas de los usuarios que reciben el servicio, mediante la capacidad de organización, dirección, control y evaluación de esos servicios en las instituciones de Salud;⁷² debido a su articulación con el Sistema, como también velar porque la atención brindada sea con calidad a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social ó económica, etnia, edad, sexo, religión área geográfica u otra condición,⁷³ aspecto que es altamente coherente con los principios generales que enmarca la Constitución Nacional y la normatividad en materia de seguridad social en salud. **(Ver Tabla 2)**

Sin embargo, otro aspecto que enmarca la Ley reglamentaria 266 del 1996, es que Enfermería tiene derecho a recibir, por parte de las instituciones de salud, las condiciones de trabajo que aseguren la calidad en la atención de Enfermería,⁷⁴ por tanto, su entorno de trabajo, los recursos con los que cuenta, y el recurso humano con el que trabaja de forma interdisciplinaria deben ser evaluados constantemente para mejorar las condiciones y el clima laboral, puesto que según estudios comprobados éste se constituye en un factor predictor que influye de manera fundamental en la atención de Enfermería para la obtención de resultados de calidad.⁷⁵

Es importante el valor que tiene el contexto en el que se brinda la atención de Enfermería, tanto para el profesional de Enfermería que presta el servicio como para el usuario que lo recibe, y en este sentido, la Ley 911 del 2004, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión

⁷¹ Ibid. Art. 2, Principio 4.

⁷² Ibid. Art. 19. Numeral 4.

⁷³ Ibid. Art. 20. Numeral 2

⁷⁴ Ibid. Art. 21. Numeral 8.

⁷⁵ MANOJLOVICH, M. Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction through Nurse-Physician Communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 2005; 37(4): 367-373.

de Enfermería en Colombia⁷⁶, enmarca las condiciones mínimas que debe tener el entorno para el ejercicio de la profesión y garantizar el acto de cuidado.⁷⁷

Tabla 2. Relación entre la Constitución Política, el Sistema de Seguridad Social en Salud y la Reglamentación de la Profesión de Enfermería en Colombia.

Constitución Nacional y Política de Colombia del 1991	Ley 1438 de 2011 Reforma del SGSSS en Colombia	Ley 266 de 1996 Reglamentación de la Profesión de Enfermería en Colombia								
<p><u>Derechos Fundamentales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El Derecho a la Vida es inviolable, no habrá pena de muerte ✓ Derecho a la Igualdad sin discriminación por razón de sexo, raza, etnia, lengua, religión u opinión política y filosófica ✓ Derecho a la Intimidad personal y familiar, y al buen nombre ✓ Derecho a la Salud cuando se encuentre comprometida la vida (por Conexidad). 	<p><u>Principios:</u></p> <p>Igualdad Participación Continuidad Integralidad Eficiencia Unidad Prevalencia de Derechos Obligatoriedad Participación Social Universalidad Solidaridad</p> <p><u>Calidad:</u> Atención personalizada, Oportuna, Humanizada, Integral, Continua, y de acuerdo a estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.</p>	<p><u>Principios y Valores Fundamentales:</u></p> <p>Todos aquellos que la Constitución Nacional y el SGSSS consagran</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Integralidad</td> <td>Efectividad</td> </tr> <tr> <td>Individualidad</td> <td>Oportunidad</td> </tr> <tr> <td>Dialogicidad</td> <td>Continuidad</td> </tr> <tr> <td>Eficacia</td> <td>Calidad</td> </tr> </table> <p><u>Deberes del Profesional de Enfermería:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar atención integral sin distinción de clase social ó económica, etnia, sexo, religión, área geográfica. ✓ Brindar cuidado humanizado ✓ Proteger y respetar el derecho a la vida de los seres humanos. ✓ Defender la Salud como un derecho fundamental del ser humano 	Integralidad	Efectividad	Individualidad	Oportunidad	Dialogicidad	Continuidad	Eficacia	Calidad
Integralidad	Efectividad									
Individualidad	Oportunidad									
Dialogicidad	Continuidad									
Eficacia	Calidad									

Fuente: Análisis comparativo de la Normatividad nacional elaborado por el autor.

Sin un entorno adecuado, es posible que la calidad de las actividades que realiza Enfermería, en beneficio del paciente, se vean empañadas por el déficit de condiciones requeridas; es por eso que la evaluación continua de estas condiciones permite mejorar la atención de Enfermería, como también los procesos realizados, y por ende, los resultados obtenidos.

⁷⁶ Congreso de Colombia, Ley 911 de 2004.

⁷⁷ *Ibíd.* Capítulo II. Art. 5.

3. Capítulo 3: Marco Teórico

Enfermería como disciplina, profesión y ciencia, exige que quienes la practiquen tengan el conocimiento disciplinar para brindar cuidados con excelencia, pero que al mismo tiempo éste cuidado tenga coherencia con el contexto, los elementos y herramientas de los que hace uso y la competencia de quien lo presta, con el fin de poder garantizar cada una de las actuaciones en los diferentes escenarios.

A continuación se presenta una revisión teórica sobre los antecedentes, conceptos y abordajes que existen alrededor del tema de la calidad y calidad en salud, como sustento que fundamente y permita dar discusión alrededor de la calidad de la atención de Enfermería percibida por los pacientes en los servicios de Hospitalización.

Según Peña y Vega, una de las debilidades identificadas que ha tenido la profesión de Enfermería ha sido la escasez teórica en el ámbito gerencial,⁷⁸ sin embargo, la búsqueda bibliográfica y la literatura revisada ponen de manifiesto que las investigaciones tocantes a la indagación de los fenómenos gerenciales en Enfermería, se ha ido fortaleciendo en la medida en que adoptan modelos administrativos para estructurar la práctica gerencial de Enfermería.

Teniendo en cuenta lo anterior, y partiendo del tópico al que se refiere la presente investigación, en Enfermería se han abordado investigaciones relevantes que permiten sentar los antecedentes del área temática, y en este sentido, esas investigaciones se visualizan desde una óptica de percepción de los usuarios, grado y nivel de satisfacción de los usuarios y del personal de Enfermería, roles del Enfermero en la práctica, como también la creación y validación de instrumentos fiables que permiten evaluar, describir,

⁷⁸ PEÑA, B. VEGA, Y. La importancia de un espacio para Enfermería en la Organización Institucional. Avances en Enfermería. 2003; 21(2); 5-16.

determinar y medir la calidad de la atención en salud y la calidad de la atención de Enfermería con base en las experiencias de cuidado y percepciones de los usuarios.⁷⁹⁻⁸⁰

En esta medida han surgido un sin número de publicaciones propias de Enfermería a nivel mundial, y en diferentes revistas, pero en este estudio, se resaltan antecedentes trascendentales que han permitido el desarrollo de Enfermería como una disciplina profesional, uno de ellos son los aportes que Florence Nigthingale, madre de la Enfermería moderna, le dio a la profesión durante su arduo y maravilloso trabajo en el auge del siglo XIX.

La historia relata que su alta capacidad intelectual para abordar los problemas de atención en salud de la época la constituyeron en una mujer admirada hasta el punto de convertirse en la primera mujer consultora en materia de salud pública con una experiencia e inteligencia incalculable; Estuvo presente en la guerra de Crimea, liderando el sistema de atención y aplicando todos sus conocimientos en economía política, estadística y enfermería para disminuir la mortalidad de aquel entonces, la cual llegó a reducir de un 44% a un 2.2% en el transcurso de seis meses.⁸¹

Su alta preparación y dominio le permitieron ser escogida como Directora de un sanatorio para señoras de la alta sociedad, que se encontraba en Upper Harley Street, N° 1, en el West End de Londres; demostró ser una excelente gerente con un ingenio administrativo sin precedentes en la historia de la mujer, y en cuanto a su relación con el comité de dirección muchas veces impugnaba las decisiones y a veces hasta hacia caso omiso de ellas para beneficiar a los pacientes, esta acción develaba en Florence su intenso interés en lograr la satisfacción de los pacientes; características que le fueron abriendo las puertas en el sector laboral y social, pues sus sugerencias para la creación de los hospitales era tan importante, que hasta le consultaban sobre cómo debía ser la infraestructura de las salas de atención a los enfermos, es decir, Florence se convirtió en una de las más grandes críticas de los sistemas de salud y hospitales de la época; su capacidad de evaluación era impresionante, hasta el punto de recibir un reconocimiento

⁷⁹ CÁRDENAS L, OTROS. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. Bogotá. 2008.

⁸⁰ Óp. Cit., IRURITA, V. 1999.

⁸¹ GÓMEZ, C. Las mujeres y el cuidado de la salud y de la vida. Cátedra Manuel Ancizar, El cuidado de la vida. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC. 2007. Pág. 95.

por el sector oficial militar, quienes la veían como un recurso humano que prometía muy buenos resultados.⁸²

A pesar de que la Calidad como concepto no se asoció directamente con los postulados de Nightingale, todo su trabajo devela las características de la calidad a través de sus acciones y la puesta en escena de los resultados obtenidos.

3.1 Antecedentes y Origen de la Calidad

Sin duda, la calidad, es un concepto que se viene manejando desde hace mucho tiempo en la esfera industrial, sus estudios tienen origen desde la década de los años 30, antes de la segunda guerra mundial, cuando el Dr. Shewhart de Bell Telephone laboratories aplicó por primera vez el concepto de control estadístico de proceso a nivel industrial, con el objetivo de mejorar en términos de costo-beneficio las líneas de producción, surgiendo de ésta manera el control estadístico de calidad; sin embargo, durante el estallido de la Segunda guerra mundial el abordaje de la calidad siguió siendo notorio hasta convertirse en un arma secreta de la industria, trayendo como resultado el establecimiento de las primeras normas Z-1 de calidad, las cuales fueron de gran éxito para la industria norteamericana, puesto que permitieron elevar los estándares de calidad en el armamento militar, evitando así el derroche de vidas humanas; Gran Bretaña también tenía su propio código normativo establecido en el sistema de normas 600, aplicado a su industria militar y basado en el trabajo estadístico E.S Pearson, pero luego adoptaron las normas norteamericanas Z-1, y crearon las normas británicas 1008, con las cuales pudieron garantizar mayores estándares de calidad en sus equipos y armamentos.

Es entonces como Estados Unidos y Gran Bretaña fueron los pioneros en alcanzar muchos logros que no se vislumbraban en otros países como la Unión Soviética, Japón y Alemania, puesto que éstos tenían estándares de calidad menores.⁸³

Para los años 1940-1943, durante la Segunda guerra mundial, el Dr. Edwards Deming, un hombre absolutamente desconocido en este tiempo, Estadista de trayectoria, discípulo de Shewhart y quien había trabajado en el célebre Western Electric Company de la ciudad de Chicago, Illinois, trabajó en la Universidad de Stanford capacitando a

⁸² ATTEWELL A. Florence Nightingale (1820–1910). Revista Perspectivas de la UNESCO/OIE. 1998; 28(1):173–189.

⁸³ CRUZ, J. Historia de la calidad, en Excellencia, p. 1, en: <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm>

cientos de ingenieros militares en el control estadístico del proceso, muchos de estos estadísticos militares precisamente fueron capacitados en la implementación de las normas de calidad Z-1 a través de una serie de entrenamientos en donde el aseguramiento de la calidad era el fundamento esencial, y en donde fue aplicado por cierto el control estadístico del proceso como norma a seguir para el establecimiento de una mejora continua de la calidad;⁸⁴ haciéndose evidente el reconocimiento al valor del control de calidad.⁸⁵

Japón, aunque un poco más atrasado que Estados Unidos e Inglaterra en el tema de la calidad, también estableció su propio código de normas de calidad basado en el sistema de normas 600 de Gran Bretaña pero no tuvo mucha trascendencia debido al idioma, por lo que el sistema de calidad dependía mucho de la inspección, pero ésta no era cabal para todos los productos, dando como resultado que algunos productos eran baratos y malos.⁸⁶

En 1946, año en el que se fundó la Sociedad Estadounidense de Control de Calidad (ASQC) posterior a la derrota en la segunda guerra mundial,⁸⁷ Japón se tejía entre los hilos de la pobreza y la población se asomaba a la inanición, por lo cual, las fuerzas norteamericanas ordenaron a la industria Japonesa de comunicaciones que empezaran a aplicar el control de calidad moderno sin ningún ajuste para el país, con el fin de recuperar lo que habían perdido, aspecto que trajo problemas pero que también develaba un futuro prometedor para las demás industrias japonesas.⁸⁸

Todo este proceso ayudo a Japón a la creación de asociaciones y normatividades que les permitieran regular su producción en cuanto a la calidad de sus productos; una de esas asociaciones tiene que ver con la creación de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (UCIJ), la cual fundó su propio grupo de investigación en Control de calidad

⁸⁴ MEDINA, M. ¿La Estrategia hacia la Calidad en las Empresas?, Centro de Estudios Fiscales – CEFA S.C. México. 2005.

⁸⁵ GUTARRA, VA. Implementación de los Círculos de calidad en el Instituto Superior Tecnológico – ITEC. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima. 2002.

⁸⁶ ISHIKAWA, K. ¿Qué es el control total de calidad? La Modalidad Japonesa. Traducido por Margarita Cárdenas. Editorial Norma; 2003. P. 16-17.

⁸⁷ American Society for Quality Control. En: http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/American_Society_for_Quality

⁸⁸ *Ibíd.* ISHIKAWA, K. P. 17.

bajo la participación de diversos actores con el fin de investigar y difundir información en materia de control de calidad en todo el país.⁸⁹

Esta misma asociación, para el año 1950, en miras al mejoramiento del control de calidad, le extendieron una invitación al Dr. Edwards Deming, para que dictara un seminario durante 8 días.

Los temas propuestos para el abordaje del seminario fueron:

1. El establecimiento del PHVA ó Ciclo de Deming para el mejoramiento de la calidad relacionado con diseño, producción, ventas, encuestas y rediseño; el ciclo está compuesto por 4 pasos primordiales (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).
2. La Importancia de captar la dispersión de las estadísticas.
3. El control de procesos mediante el empleo de cuadros de control y como aplicarlos.⁹⁰

De ésta manera el Dr. Deming fue haciendo sus aportes y se dio a conocer en el campo de la calidad, impartiendo su modelo administrativo de mejoramiento continuo; su acogida en Japón fue tan importante que hasta se creó el Premio Nacional de Calidad de los japoneses denominados precisamente así: Premio Deming a la Calidad hasta la actualidad.⁹¹

Otro de los precursores de la calidad en el mundo fue el Dr. Joseph M. Juran, quien por su fama mundial también recibió una invitación por parte de la UCIJ con el fin de fortalecer algunos aspectos y dudas que habían quedado posteriores a la visita del Dr. Deming en el 1950.

Las dudas que se habían generado eran de cómo aplicar el control de calidad en toda una organización sin sesgarlo solamente a la tecnología de la industria; por tanto, la visita del Dr. Juran se convirtió en un hito en la historia del control de la calidad japonesa, debido a que demostró que el control de calidad se podía extender a toda la industria y que además, debería ser una inquietud global para toda la gerencia.⁹²

Cabe mencionar que el papel de Japón y Estados Unidos, junto con Inglaterra fue relevante, pero ellos no fueron los únicos impulsores de la calidad en el mundo, debido a

⁸⁹ *Ibíd.* ISHIKAWA, K. p. 18.

⁹⁰ *Ibíd.* ISHIKAWA, K. p. 19.

⁹¹ *Óp. Cit.*, CRUZ, J. p. 2

⁹² *Óp. Cit.*, ISHIKAWA, K. p. 22.

que Alemania también había iniciado un impulso nunca antes visto por elevar la calidad y convertirla en algo fundamental para el desarrollo industrial.

Sucesivamente, muchos otros profesionales como Phillips Crosby, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, Donald Dewar, entre otros, han estudiado a fondo el tema de la calidad y con base en ello han desarrollado enfoques de calidad para las industrias e instituciones.

Es así como el tema de la calidad se convirtió en una mega tendencia desde la década de los años 50, actualmente la mayoría de los países orientales y occidentales cuentan con una serie de expertos y especialistas en el área de control de calidad.⁹³

En América latina las empresas también han tenido logros a través de los círculos de calidad propuestos por Ishikawa, por ejemplo; Brasil tiene un programa nacional y el que más círculos tiene, seguido de México, Colombia, Argentina y Chile;⁹⁴ otros como Perú y Venezuela están en la misma trayectoria, iniciando cruzadas nacionales en torno a la calidad.⁹⁵

Hoy día la calidad permea todos los procesos de producción de una empresa, basada en la evaluación continua mediante la creación del conjunto de normas de calidad establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO), las cuales surgieron a partir de los 80s, iniciando con las normas ISO 900, que se podían aplicar en cualquier tipo de organización (empresa de producción, empresa de servicios, administración pública, entre otras);⁹⁶ Época en la que también empezó a emerger el tema de la calidad vista desde la percepción del consumidor.

En la década de los 90s aparecen las normas internacionales ISO 9000, derivadas de la norma militar BS 5750, y para la certificación de los sistemas de calidad aparecen las normas 9001, 9002 y 9003.⁹⁷

⁹³ Óp. Cit., CRUZ, J. 3.

⁹⁴ Óp. Cit., GUTARRA, VA.

⁹⁵ Óp. Cit., CRUZ, J. 3

⁹⁶ Óp. Cit., BERNAL, D. y COLS. P. 15.

⁹⁷ Óp. Cit. GUTARRA, VA.

3.2 Enfoques de Calidad

Teniendo en cuenta el recorrido que subyace al desarrollo de la calidad, muchos investigadores, dentro de ellos Gutarra, expresa que la calidad debe seguir siendo un objeto de gestión⁹⁸ en todas las empresas, y para ello existen teorías que han marcado trascendentalmente los enfoques de calidad.

- **Enfoque basado en el Usuario:** Las organizaciones dependen de sus clientes por lo tanto, deberían comprender las necesidades actuales y futuros de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- **Enfoque basado en el Proceso:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque basado en el Producto:** La calidad es función de una variable específica y medible, de forma que las diferencias en calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún ingrediente o atributo del producto.⁹⁹

Juran plantea la Trilogía de la Calidad, la cual está compuesta por tres aspectos sustanciales (planificación de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad).

1. La planificación de la calidad implica una serie de pasos universales, que son en esencia: Determinar las necesidades de los clientes, Desarrollar las características del producto que responden a las necesidades de los clientes, y Desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto.
2. El control de calidad consiste en evaluar el comportamiento real de la calidad, comparando los resultados obtenidos con los objetivos propuestos para luego actuar reduciendo las diferencias, y
3. La mejora de la calidad consiste en elevar la calidad a niveles sin precedente; y la metodología para lograrlo consta de: Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de calidad anualmente, Identificar las necesidades

⁹⁸ Óp. Cit. GUTARRA, p. 26

⁹⁹ MIRANDA, F. Evolución del Concepto de Calidad. Disponible en: <http://mercado.unex.es/calidad/presentaciones/Capitulo1.pdf>

concretas para mejorar los proyectos de mejora, establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin, proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para los equipos.¹⁰⁰

Con esto, Juran presentó una visión clara de lo que significa la calidad basada en la satisfacción del consumidor, muchas de sus publicaciones lo evidencian al reconocer que existe la satisfacción pero también la insatisfacción del cliente, desde ésta perspectiva define la satisfacción del cliente como el resultado alcanzado cuando las características del producto responden a las necesidades del cliente, asimilando la satisfacción del cliente a la satisfacción con el producto.¹⁰¹ Lo cual quiere decir que cuando las características del producto se encuentran inadecuadas el resultado más obvio va a ser la respuesta insatisfecha del cliente, manifestado a través de quejas, reclamos e inconformidad.

Por otra parte, Deming en su teoría del Ciclo de la Calidad (PHVA), mira la calidad no como un fin específico que necesita de acciones concretas para lograrse sino como un proceso de mejoramiento continuo en el que se deben seguir unos pasos de forma cíclica (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) con el fin de ir día tras día alcanzando los niveles de calidad suficientes para brindar un producto y/o servicio que llene las expectativas del consumidor, porque la calidad, según Deming, solo puede definirse en función del sujeto quien juzga la calidad. (**Ver Figura 1**).

El Círculo de Mejoramiento continuo de Deming consta de cuatro fases:

1. **Planificar:** En esta etapa se deben cumplir cuatro pasos:
 - ✓ Definir los objetivos a lograr.
 - ✓ Determinación de la situación actual, realizando un diagnóstico y definiendo los problemas a resolver y las áreas de mejora, priorizadas en orden de importancia.
 - ✓ Definición de las acciones de mejora, necesarias para pasar de la situación actual a la situación deseada (objetivos definidos).
 - ✓ Establecer a través de un plan de trabajo, todos los pasos que deben seguirse para la implementación de las acciones de mejora.

¹⁰⁰ JURAN, JM. Juran y la Calidad por el diseño. Edición Díaz de Santos. 1996. Madrid – España. P. 2.

¹⁰¹ Ibíd. JURAN. P. 7-8.

2. **Hacer:** Esta etapa es la de implementación de la solución definida. Es importante que se efectúe el plan tal como fue diseñado y que se establezcan mecanismos de control, para ir evaluando los progresos y/o corrigiendo las fallas.

Figura 1. Ciclo de la Calidad de Deming.



Fuente: Adaptado de Deming. WE en Díaz-Regañón, R. y Col/s. Calidad en el Servicio. Manual de Calidad Asistencial. SESCOAM, Castilla la Mancha. 2009.

3. **Verificar:** La fase de verificación permite comparar los resultados obtenidos, contra los esperados. La verificación se da en dos momentos: mientras se implementa el proceso y cuando ya se tienen los resultados. La verificación pretende comprobar si lo que se planeó y ejecutó cumplió efectivamente con lo esperado.
4. **Actuar:** De acuerdo con los resultados de la verificación, se deben ir haciendo los ajustes y replanteando las acciones para lograr los beneficios esperados. Si los resultados se lograron, se debe estandarizar y sistematizar los procedimientos para asegurar el mantenimiento de los resultados.¹⁰²

¹⁰² DÍAZ-REGAÑÓN, R. y COLS. Calidad en el Servicio. Manual de Calidad Asistencial. SESCOAM, Castilla la Mancha. 2009.

Para Deming, no basta solo el reconocimiento de la empresa sobre lo bueno, útil y provechoso que será un producto que cumple con las características específicas de producción, sino también reconocer la percepción que el consumidor tiene de ese producto, si realmente cumple con sus expectativas, intereses y gustos particulares.

Deming, en su larga trayectoria en el manejo del tema de la calidad aprendió que pensar en calidad basado en el consumidor no es un trabajo fácil, puesto que cumplirles a multitudes de clientes es una tarea ardua, pero, sin embargo reconoce que el objeto de los estudios de las preferencias del consumidor consiste en ajustar el producto al público consumidor, y no, el público al producto.¹⁰³

La síntesis de su teoría radica en que toda empresa que pretenda ofrecer productos y/o servicios de calidad debe tener una cultura del proceso en todas sus actividades organizacionales, Walton afirma que la empresa planifica un cambio, lo realiza, verifica los resultados y, según los resultados, actúa para normalizar el cambio ó para comenzar el ciclo de mejoramiento nuevamente con una nueva información.¹⁰⁴

Otro sistema de calidad es el implementado por Japón y denominado *Kaizen* que significa “Mejora continua que involucra a todos”. Según Lefcovich, se constituye en un sistema integral y sistémico destinado a mejorar tanto a las empresas, como a los procesos y actividades que las conforman, y a los individuos que son los que las hacen realidad. El objetivo primero y fundamental es mejorar para dar al cliente o consumidor el mayor valor agregado, mediante una mejora continua y sistemática de la calidad, los costes, los tiempos de respuestas, la variedad, y mayores niveles de satisfacción.

En el desarrollo de los objetivos empresariales, el kaizen hace uso de la estrategia de las cinco S (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, y Shitsuke), las cuales tienen como fin implantar tanto el orden, como la limpieza y la disciplina en el lugar de trabajo, de manera tal que sea factible la gerencia visual, y contribuyendo tanto a la eliminación de desperdicios, como al mejoramiento en las labores de mantenimiento de equipos y a la disminución en

¹⁰³ DEMING, WE. Medina, JN. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos; 1989. P. 132.

¹⁰⁴ WALTON M. El método Deming en la práctica. 2004^o ed. Editorial Norma, p. 18.

los niveles de accidentes. Otra contribución muy importante es la de ampliar los espacios físicos.¹⁰⁵

Partiendo de la premisa anterior, es considerable reconocer que el desarrollo de la administración, gestión y gerencia en salud ha ido tomando auge a menudo que avanza el mundo de forma paulatina, y para ello, ha tenido que consolidarse con base en conocimiento de las ciencias administrativas.

A nivel mundial, las instituciones de salud son consideradas empresas prestadoras de servicio, con funciones administrativas amplias y coherentes con las características que muestra la ciencia administrativa, en donde existen jerarquías y diferentes roles de su recurso humano; en este sentido, Chiavenato plantea que en la empresa existen tres niveles de jerarquía, el estratégico, el táctico, y el operativo, y que en cada uno de ellos se llevan a cabo diferentes actividades que orientan al mismo fin,¹⁰⁶ elaborar y comercializar un producto ó prestar un determinado servicio.

3.3 Historia de la Calidad en Salud

Lo anterior hace ver que en el sector salud, la historia de la calidad es relativamente corta y nueva, puesto que posterior al éxito que tuvo el control y garantía de calidad en las grandes empresas e industrias, se fue difundiendo su implementación en las instituciones de salud con el fin de mejorar la atención sanitaria de los hospitales, no obstante, algunos investigadores desde tiempo remoto estuvieron relacionados con la calidad de la atención en salud, tal es el caso de Abraham Flexner y Ernest Amory Codman, pero el mayor aporte en este aspecto lo hizo el Dr. Avedis Donabedian, quien desde la década de los 60s introdujo y desarrolló un modelo de evaluación de la calidad mediante tres pilares fundamentales dentro de la organización de salud, esos aspectos son: Estructura, Proceso, y Resultados.

Sus aportes nacieron cuando a la edad de 35 años cursaba la Especialización en Salud Pública en la Escuela de Harvard, durante su formación como especialista le presento a

¹⁰⁵ LEFCOVICH, M. Kaizen – La gestión japonesa de la excelencia. Disponible en: <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040810083831.html>

¹⁰⁶ CHIAVENATO, I. Introducción a la Teoría General de la Administración. Cuarta Edición, 1995. McGraw Hill – Interamericana, Santafé de Bogotá. Colombia.

su entonces profesor Franz Goldmann, un trabajo sobre Calidad Asistencial, quizás éste fue el primer intento de Donabedian por entrar a indagar acerca del tema de la calidad de la atención en salud, un tema muy limitado para la época.

Sin embargo, posterior a su graduación entró a hacer parte de un grupo de investigación que investigaba sobre la demanda de la atención sanitaria en el área de Boston, proyecto liderado por el Dr. Leonard Rosenfeld, quien posteriormente postuló a Donabedian como la persona que podría escribir un artículo de revisión sobre la literatura de evaluación de calidad, para lo cual le tocó hacer una revisión bibliográfica de toda la literatura existente, aspecto que no le fue nada difícil puesto que en ese entonces los estudios acerca del tema de la calidad en salud eran limitados.

Finalmente, el Doctor Donabedian pudo concretizar un artículo de revisión denominado ***"Evaluating the quality of medical care"***, el cual fue catalogado como todo un Clásico para la calidad en las organizaciones de salud, sin embargo, fue ignorado y no tuvo mucho acogida sino hasta 10 años después de su publicación en 1966.¹⁰⁷

Hoy día esos aportes han sido utilizados en el sector de la salud pública y la atención sanitaria como fundamento para muchos proyectos de investigación, intervención, y modelos de atención en salud.

Para el año 1969, El Dr. Avedis Donabedian dio algunas sugerencias en torno al tema de la evaluación de la calidad de los cuidados de Enfermería planteando que el cuidado integral de Enfermería debe partir desde un enfoque de estructura, proceso y resultados de la organización, como plataforma básica para la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería, ésta apreciación la daba el Dr. Donabedian, porque durante la última década de los 60s se evidenciaban problemas en la medición de los procesos y resultados asistenciales, como también una atención de Enfermería desarticulada de los tres ejes fundamentales que él había planteado en el 1966, además, para la década de los 70s se vislumbraba la necesidad de mejorar los servicios de salud en éste aspecto con el fin de responder a los requerimientos exigidos por los usuarios en la atención sanitaria; por otra parte, consideraba que en Enfermería debía existir la responsabilidad

¹⁰⁷ SUÑOL, R. Entrevista al Dr. Avedis Donabedian Ann Arbor, Michigan (EE.UU). Revista Calidad Asistencial. 2001; 16. 58-59.

como aspecto fundamental para el compromiso en el mejoramiento continuo de la atención.¹⁰⁸

3.4 Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería

Dado los aportes del Dr. Donabedian, algunos enfermeros estudiosos, indagadores, e inquietos en el tema de la calidad, han diseñado modelos de atención y formas de organización para brindar calidad en el cuidado con base en los planteamientos teóricos de las ciencias administrativas y los postulados del Dr. Donabedian; tal es el caso de las Enfermeras Diane Irvine y Souraya Sidani, quienes tomando el Modelo de Estructura, Proceso y Resultado de calidad de atención planteado por el Dr. Donabedian, han diseñado y propuesto el Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería, en el cual identifican una estructura y unos procesos que responden a la calidad de la atención de Enfermería y a los resultados, pero que también, durante el proceso, la Enfermera se desempeña bajo tres roles que son el Dependiente, el Independiente, y el Interdependiente,¹⁰⁹ para llevar a cabo las actividades que le conciernen.

Como ya se mencionó, el modelo emerge con el fin de demostrar buenos resultados de enfermería a partir del adecuado desempeño del rol, y que estos resultados sean coherentes con los de la atención en salud en general; no obstante, hay una particularidad bastante evidente, y esa particularidad es que en el castellano no existen investigaciones que hayan aplicado, o por lo menos tomado como referencia, los planteamientos de Irvine y Sidani para comprobar la efectividad del rol de Enfermería en los resultados de la atención, excepto una investigación realizada por Dora Parra y Gloria Arango en el que validan las escalas de comunicación y coordinación del instrumento ICU de Shortell y Cols para medir rol interdependiente en Enfermería,¹¹⁰ sin embargo, a nivel internacional si hay estudios que develen éstos abordajes teóricos, pero los que existen son pocos.

¹⁰⁸ DONABEDIAN A. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*. 1969; 59(10):1833.

¹⁰⁹ Óp. cit., IRVINE, D. SIDANI, S. 1998.

¹¹⁰ PARRA, D. ARANGO, G. Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en Enfermería. *Avances en Enfermería*. 2010; 28(1): 51-62.

3.5 Definición de Variables y conceptos principales

Teniendo en cuenta lo expuesto por Irvine y Cols de que los roles de Enfermería influyen más en los resultados.¹¹¹ Es evidente resaltar que los resultados de la atención de Enfermería, a la luz del Modelo propuesto por Donabedian y adoptado por Irvine y Sidani, se encuentran mediados por variables de estructura y de procesos; Según Donabedian; Este enfoque tripartito de evaluación de la calidad es posible en la medida que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado, Por lo tanto, es necesario tener establecida dicha relación antes de que cualquier componente de la estructura, del proceso o del resultado pueda ser utilizado para evaluar la calidad.¹¹²

A continuación se presentan las definiciones y conceptualizaciones alrededor de las variables Estructura, Proceso, y Resultado, como dimensiones de calidad abordadas en la presente investigación.

❖ **ESTRUCTURA:** Según plantea Donabedian, la estructura implica aquellas cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y la estructura organizativa (como la organización del equipo de salud, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).¹¹³

Esta concepción de Donabedian ha sido aceptada y validada por sistemas internacionales de salud, de hecho, en algunos países como Estados Unidos, Canadá, y Colombia la evaluación de la calidad de la estructura de las instituciones de salud se encuentra normativizada; en el caso particular de Colombia, la Resolución 1043 de 2006, la Resolución 2680 de 2007, y la Resolución 3763 de 2007, a través de sus normas técnicas, dan lineamientos de carácter obligatorio que deben tener y cumplir las institucionales prestadoras de servicios de salud en materia de estructura para su respectiva Habilitación en las diferentes regiones del país, así

¹¹¹ IRVINE, D. SIDANI, S. MCGILLIS HALL, L. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic*, 1998; 16(2): 58-64.

¹¹² DONABEDIAN, A. La Calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Revista Calidad Asistencial*. 2001; 16:580-587

¹¹³ *Ibíd.* DONABEDIAN, A. p. 583.

como también las condiciones de alta calidad que debe demostrar para obtener la acreditación.

Por tanto, la estructura enmarca todos los aspectos tangibles y elementos físicos, tecnológicos, financieros, materiales, y de Recurso humano que circundan el contexto en el que se brinda la atención en salud.

Cualidades tangibles necesarias en la atención de Enfermería a la hora de prestar el servicio, debido a que muchos de los procesos ejecutados por el personal de Enfermería dependen de la adecuación de la estructura para poder funcionar,¹¹⁴ en este sentido, es menester resaltar aquellas como el recurso material para los procedimientos, el personal auxiliar de apoyo, la tecnología requerida dependiendo el nivel de atención, la distribución de los espacios para que los enfermeros hagan bien su trabajo y demás aspectos que hacen de la atención de Enfermería, una atención integral.

Irvine y Sidani la definen como aquellas cualidades consistentes que poseen tanto la Enfermera como el paciente y la organización, y que de forma directa influyen en los procesos y resultados de la atención.¹¹⁵

- ❖ **PROCESO:** Donabedian lo definió como la implicación de lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia, como también las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento;¹¹⁶ de igual forma, Ariza y Daza afirman que el Proceso tiene que ver con las interacciones entre los profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir juicio de su bondad, tanto con la observación directa como mediante el análisis de la información registrada.¹¹⁷

En el proceso es donde se evidencia el desempeño de los roles de Enfermería; en este sentido, Irvine y Cols, desagregaron el proceso de Enfermería en tres roles: dependiente, independiente, e interdependiente.

¹¹⁴ ARIZA, C. DAZA, R. Calidad del Cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá. Actual. Enferm. 2005; 8(3):8-14.

¹¹⁵ Óp. Cit., IRVINE y SIDNAI. 2002.

¹¹⁶ Óp. Cit., DONABEDIAN, A. p. 583.

¹¹⁷ Óp. Cit., ARIZA y DAZA. P. 38.

A través de esta dimensión se evalúan aspectos como comunicación, coordinación, interacción, y reciprocidad, entre otros, puesto que es durante el Proceso en donde se realizan las intervenciones y actividades encaminadas a obtener los resultados esperados.

Según Donabedian e Irvine y Sidani, el buen desarrollo del proceso depende de la calidad de la Estructura,¹¹⁸ ya que su articulación con esta permite establecer el dominio en la atención mediante la adecuada utilización de los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud.

Lo que pone en manifiesto que el PROCESO básicamente corresponde al contenido de la atención, es decir los servicios de salud que se ejecutan y la forma como se ejecutan,¹¹⁹ de manera que el proceso permite evidenciar la gestión del cuidado de Enfermería durante la atención de salud.

- ❖ **RESULTADO:** Donabedian lo define como todos los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia.¹²⁰

Hoy día son muchos los dueños de instituciones de salud y gerentes que se preocupan por medir resultados debido a que permiten conocer la calidad del proceso y de la estructura; sin embargo, al hablar de resultado no se trata solamente de la satisfacción del cliente, sino también de la satisfacción del equipo de salud, y del impacto de los costos en relación a las intervenciones realizadas durante el proceso; esto muestra una idea visible de lo importante que es determinar la calidad de la atención de Enfermería debido a que por ser uno de los recursos humanos más numerosos en la institución, y en cuya responsabilidad está un gran número de procesos, sus resultados son susceptibles de medir a manera de impacto en el mejoramiento de la salud de los pacientes.

¹¹⁸ Óp. Cit., IRVINE y SIDANI. 2002.

¹¹⁹ Colegio de Enfermeros del Perú, Consejo Nacional. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima – Perú. 2008, pág. 9.

¹²⁰ Óp. Cit., DONABEDIAN, A.

Para Irvine y Sidani, en concordancia con Donabedian, el RESULTADO incluye el estado de salud de los pacientes, las mejorías que los pacientes muestran gracias al cuidado de Enfermería, y los costos, ya sean directos o indirectos que están asociados a la atención de Enfermería, y que a su vez, se puede medir con variables como: estado funcional de los pacientes, habilidades de autocuidado, y alteración en el humor.¹²¹

3.6 Calidad Percibida y Satisfacción del Usuario

Ha sido tan trascendental e importante el concepto de calidad y los aspectos que su abordaje implica dentro de las empresas industriales y de salud, que aún se sigue ahondando en su definición, conceptualización y aplicación desde diferentes puntos de vista, dando como inquietud la búsqueda incesante de querer medirla pero ahora desde una óptica subjetiva y perceptual, situación que entre otras cosas, no es nueva puesto que la historia nos enseña un abordaje que aunque no muy visible, si un poco sobrentendido en este sentido.

Es por eso que desde la década de los 80s, el concepto de calidad percibida se debatió entre reconocidos autores e investigadores, y lo cierto es que dada la complejidad del concepto muchos han aunado esfuerzos para tratar de definirlo de una manera sencilla, pero si bien es cierto es que aunque es entendido en el contexto empresarial y organizacional, se ha tornado difícil una definición universal en lo teórico,¹²² dando como resultado un surgimiento de variadas conceptualizaciones argumentadas por cada uno de sus exponentes, ya sea a través de sus propias experiencias ó desde sustentos teóricos que aproximan el esclarecimiento; no obstante, el dialogo empeora cuando se mezcla con el concepto de Satisfacción del Usuario, porque al ser vistos como conceptos que se evalúan desde la subjetividad del usuario empiezan a jugar importancia otros atributos significativos que se interponen y alteran el resultado final, produciendo satisfacción, insatisfacción, ambos ó ninguno.¹²³

¹²¹ Óp. Cit., IRVINE y SIDANI. 2002.

¹²² COLMENARES, O. SAAVEDRA, JL. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. Técnica Administrativa. 2007; 6(4). ISSN 1666-1680. Disponible en: <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>

¹²³ JOHNSTON, R. The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfies. International Journal of Service Industry Management, 1995; 6(5): 53-71.

Situación peculiar debido a lo complejo, cambiante y multifactorial del concepto de calidad percibida¹²⁴, incluso algunos autores señalan el concepto como algo escurridizo, utópico y abstracto, difícil de definir y medir, pero algunos otros como Betancourt y Mayo, articulan toda esta concepción y proponen una definición que se acerca a las concepciones propias del autor de la presente investigación, para ellos, la calidad percibida se asume como:

“El proceso mediante el cual se reflejan los diferentes elementos que intervienen en el servicio en formas de imágenes concretas manifestadas a través de juicios del consumidor, quien no sólo valora la calidad de un servicio por su resultado final, sino que también tiene en cuenta el proceso de recepción del servicio (interés, simpatía, trato amistoso, etc.)”¹²⁵

Razón por la cual hay quienes en este sentido, afirman que la satisfacción de los clientes produce calidad percibida en los servicios; mientras que otros consideran la calidad de los servicios como el vehículo para la satisfacción de los clientes,¹²⁶ y bajo esta alternativa paradójica se han venido desarrollando las investigaciones, y el uso de encuestas por parte de las instituciones de salud para tratar de compilar información que les permita generar cambios y ofrecer mejores servicios que respondan a las necesidades y expectativas sociales.^{127, 128}

Sin embargo pese a las controversias y continuas discusiones académicas tocante a ambos conceptos, la satisfacción del usuario es definida y conceptualizada por muchos autores e investigadores de forma similar, su abordaje no es nuevo, viene emergiendo desde los postulados de Oliver en el año 1981 hasta convertirse hoy en un fenómeno central a todo aspecto de la gerencia.

Sus abordajes teóricos datan desde que las industrias y empresas fueron considerando que tener un producto perfecto no era suficiente, sino tener un producto que además de tener las características perfectas también cumpliera con las expectativas de los

¹²⁴ CASTILLO, L. DOUGNAC, A. VICENTE, I. MUÑOZ, V. ROJAS, V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un Centro Hospitalario Universitario. Revista Medica de Chile. 2007; 135: 696-701

¹²⁵ BETANCOURT, Y. MAYO, JC. La Evaluación de la Calidad del Servicio. Revista Contribuciones a la Economía. Universidad de las Tunas, Cuba. 2010. ISSN 1696-8360.

¹²⁶ Óp. Cit., COLMENARES, O. y COLS. 2007

¹²⁷ Óp. Cit., CAMINAL, J. p. 1.

¹²⁸ Óp. Cit., BETANCOURT y MAYO. 2010.

consumidores; en este sentido, dos de los más grandes impulsores de éste enfoque, como se mencionó anteriormente, fueron el Dr. Juran y el Dr. Deming, quienes tenían muy bien claro que los productos no debían fabricarse sin un sentido fuertemente benefactor para la sociedad, es decir, que cumpliera con las expectativas de los usuarios,¹²⁹ dando inicio con esto, a los sistemas de competitividad empresarial que trascienden hasta la actualidad.¹³⁰

En la bibliografía es común encontrar infinidad de artículos que hablan en torno al tema de la satisfacción del usuario, desde diferentes ámbitos, ya sea, con relación a la atención hospitalaria en general, ó con algún aspecto particular de la atención total, en este caso, la atención del médico ó, en su defecto, la atención de Enfermería.

El Dr. Donabedian e Irvine y Sidani, también expresaron sus aportes concernientes al tópic en mención sobre la satisfacción, pero le dieron una connotación más profunda que incluía ambas partes (el paciente y el personal de salud), puesto que las dos variables hacen parte de los Resultados de la calidad asistencial y de la efectividad del rol de Enfermería respectivamente, por tanto, la satisfacción del usuario es un factor que está fuertemente ligado a la calidad de la atención; Sangiovanni, define la satisfacción como aquella expresión que realiza el usuario sobre la atención recibida, la cual está complejizada en la medida que tiene aspectos cualitativos y cuantitativos,¹³¹ mientras que Caminal, en concordancia con Sangiovanni, expone que una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación del concepto, ya que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual.¹³²

Autores como Andrade, Martínez, y Saco, afirman que satisfacción es la conformidad expresada por el usuario en función de sus expectativas de la atención que recibe en las cuatro áreas: de interrelación, hostelería, administrativa, técnica y de recursos.¹³³

¹²⁹ Óp. Cit., JURAN, JM. p. 2.

¹³⁰ SURESHGHANDAR, GS. CHANDRASEKHARAN, R. ANANTHARAMAN, RN. The Relationship between Management's Perception of Total Quality Service and Customer Perceptions of Service Quality. *Total Quality Management*, 2002; 13(1): 69-88.

¹³¹ Óp. Cit., SANGIOVANNI, R. p. 5.

¹³² Óp. Cit., CAMINAL, J. p. 1.

¹³³ ANDRADE, V. MARTÍNEZ, C. SACO, S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del Hospital de apoyo N° 1 – Minsa – Cusco de Noviembre de 1999 a Enero del 2000. *SITUA*. 2000; 8(16): 17-25.

Definiciones como las anteriores han llevado a muchos autores a reflexionar que el concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido,¹³⁴ denominando el famoso modelo de calidad percibida llamado “Discrepancia”.

3.7 Modelo de Discrepancia ó Desconfirmación

El modelo de Discrepancia ó Paradigma de Desconfirmación surge en la década de los años 80 con los postulados de Oliver, su afirmación central se basa en evaluar la percepción de la calidad de un servicio que tiene un usuario frente a sus expectativas previas, en este sentido, Pascual indica que este paradigma postula que cuando la ejecución, en este caso de un servicio, iguala o supera lo esperado emerge la calidad del servicio, mientras que cuando las expectativas se confirman negativamente, es decir, cuando la ejecución del servicio es más pobre de lo esperado, se presenta entonces la baja calidad de servicio.¹³⁵

Con base en supuestos como éstos, se dio el desarrollo de dos grandes escuelas de conocimiento: la Nórdica de Grönroos y la Norteamericana de Parasuram, Zeithaml y Berry, ambas sentaron sus bases teóricas para la medición de la calidad percibida con base en el paradigma de la Desconfirmación de la Satisfacción del cliente, sin embargo, eran más los puntos divergentes que los convergentes; por ejemplo, La Escala Servqual de Parasuram y cols, demostró ser efectiva en la medición de calidad percibida pero a pesar de su alto auge a nivel empresarial, según varios expertos, presentaba problemas psicométricos en la puntuación factorial, dando como resultado la necesidad de diseñar y establecer algunos otros modelos e instrumentos de medición de calidad percibida.¹³⁶

(Ver tabla 3)

Lo cierto, según el paradigma de la Desconfirmación de Oliver, es que el consumidor después del consumo realiza una comparación entre la percepción sobre los resultados obtenidos del producto y las expectativas creadas previamente; dado esto, el nivel de

¹³⁴ Óp. Cit., CAMINAL, J. p. 2.

¹³⁵ PASCUAL, M. Hábitos de compra y calidad de servicio (una aplicación en establecimientos de alimentación mediante diseño de encuesta). Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia. España, 2004.

¹³⁶ Ibid. COLMENARES, O. y COLS. 2007

satisfacción viene entonces determinado por dicha diferencia o discrepancia, denominada Desconfirmación de expectativas.¹³⁷

Lo que básicamente se plantea con el postulado de Oliver, es que la calidad percibida tiene una ecuación que acerca al nivel de satisfacción que pueda llegar a tener el usuario, dicha ecuación queda expresada de la siguiente manera:

$$\text{CALIDAD PERCIBIDA} = \frac{\text{EXPECTATIVAS}}{\text{PERCEPCIONES}} \rightarrow \text{NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO}$$

De acuerdo con Oliver, habrá Desconfirmación positiva, cuando la performance supere las expectativas, Desconfirmación negativa si los resultados no alcanzan el nivel de expectativas, y confirmación o Desconfirmación nula en el caso de cumplimiento de las expectativas; En este sentido, la satisfacción se da cuando existe Desconfirmación positiva o confirmación de las expectativas, mientras que la insatisfacción aparece si hay Desconfirmación negativa.^{138, 139} (Ver Figura 2).

Tabla 3. Resumen Cronológico de los modelos más relevantes sobre Medición de la Calidad percibida.

AÑO	AUTORES	MODELO
1980	Oliver	Paradigma Desconfirmatorio
1984	Grönroos	Modelo de Calidad de Servicio
1985 - 1988	Parasuraman, Zeithaml y Berry	Modelo SERVQUAL
1989	Eiglier y Langeard	Modelo de Servucción
1992	Cronin y Taylor	Modelo SERVPERF
1993 -1994	Teas	Modelo de Desempeño Evaluado
1994	Rust y Oliver	Modelo de los Tres Componentes
1996	Dabholkar, Thorpe y Rentz	Escala Multinivel de Calidad del Servicio
1997	Philip y Hazlett	Modelo P-C- P
2001	Brady y Cronin	Modelo Jerárquico Multidimensional
2006	Akbaba	Técnica del Factor Incidente Crítico

Fuente: Adaptado de: Colmenares, O. Saavedra, JL. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. Técnica Administrativa. 2007; 6(4). ISSN 1666-1680.

¹³⁷ OLIVER, R. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research. 1980; 17(4): 460-9

¹³⁸ Ibid. OLIVER, R. 1980.

¹³⁹ Óp. Cit., BETANCOURT y MAYO. 2010.

Figura 2. Modelo de Desconfirmación de Expectativas de Oliver.



Fuente: Adaptación interpretativa elaborada por el autor, del Paradigma de la Desconfirmación de Expectativas de Oliver (1980)

Según Moliner, citada por Betancourt y Mayo, la satisfacción va unida a una situación de consumo, mientras que la calidad puede ser percibida sin ninguna experiencia; la calidad percibida representa un juicio cognitivo, mientras que la satisfacción es una respuesta afectiva que procede de un proceso cognitivo; la calidad percibida es un juicio global y la satisfacción es la evaluación de una transacción específica; entre otras.

Pese a éstas diferencias, lo cierto es que algunas medidas de satisfacción como de calidad percibida de los servicios, se obtienen comparando las percepciones con las expectativas¹⁴⁰ tal y como lo plantean Oliver, Parasuranam, Zeithaml y Berry.

¹⁴⁰ Óp. Cit., BETANCOURT y MAYO, 2010

3.8 Instrumentos de Medición de Calidad percibida de la atención en Salud y Satisfacción del Usuario

Actualmente, a raíz de todas las discusiones con respecto a las expectativas y percepciones de los usuarios con relación a la obtención de los servicios, ya sea industrial ó de salud, el diseño de instrumentos en materia de medición de calidad y satisfacción es notorio, Según Larrabee, desde 1957 hasta 2001, existen alrededor de 40 instrumentos que miden Satisfacción del paciente con los Cuidados de Enfermería¹⁴¹, aspecto que en la década de los años 40 era una utopía, puesto que medir calidad a partir de expectativas, percepciones y subjetividades de los usuarios de servicios concebía la idea de limitar la calidad a puntos de vista personales que distorsionan la realidad¹⁴², de lo contrario, eran temas atribuidos al paradigma cualitativo, sin embargo, los adelantos en la investigación han develado formas de medición cuantitativa con resultados altamente coherentes con la realidad.

Esta medición de la calidad y de la satisfacción empezó a tomar fuerza desde la década de los años 70, poco después del enfoque de gerencia basada en el cliente, pero las formas de hacerlo eran incorrectas debido a que no existían instrumentos válidos y fiables que permitieran demostrar objetivamente la relación expectativa-percepción.

Para el año 1988, Parasuram y Cols, desarrollaron un modelo conceptual de calidad percibida del servicio, y como insumo diseñaron y validaron un instrumento al que denominaron Escala multifactorial SERVQUAL (Service Quality), a partir del paradigma de la Desconfirmación de la literatura de satisfacción del cliente,¹⁴³ su implementación estaba dada para cualquier organización ó empresa que quisiera y tuviera la oportunidad de evaluar y/o medir los servicios ofrecidos,¹⁴⁴ sin embargo, de acuerdo a José Mira, pese al gran interés que suscitó el instrumento, no estaba exento de ciertos problemas metodológicos que dificultaban su confiabilidad en la medición de la calidad en instituciones sanitarias; motivo por el cual, en 1997 y 1998, Mira, Aranaz y cols diseñaron

¹⁴¹ LARRABEE, J. BOLDEN, L. Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*. 2001; 16(1):34–60.

¹⁴² BARRAGÁN, J. MANRIQUE, FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para Enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances en Enfermería*. 2010; 28(2): 48-61. Pág. 80.

¹⁴³ Óp. Cit., COLMENARES y SAAVEDRA. 2007.

¹⁴⁴ PARASURAMAN, A. ZEITHALM, V. BERRY, L. Servqual: A multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Retailing*. 1988; 64:12-40.

el SERVQHOS para medir calidad percibida de la asistencia hospitalaria en hospitales públicos de España,¹⁴⁵ alcanzando un alto grado de confiabilidad.

En Colombia, en 1998, Manrique validó la escala SERVQUAL para determinar calidad percibida en instituciones hospitalarias públicas de primer nivel de atención en Tunja - Boyacá,¹⁴⁶ y desde entonces, en Colombia se han estado utilizando ambos instrumentos. Es importante reconocer que a nivel mundial la escala Servqual tiene alta significancia y es utilizada en diferentes organizaciones y empresas de cualquier tipo, al igual que el cuestionario Servqhos, el cual ha sido de mucha utilidad a nivel de instituciones de salud para determinar calidad percibida de la atención hospitalaria por parte de los usuarios, además, su trasfondo es medir variables de Estructura, Proceso y Resultado como dimensiones de calidad de la atención en salud.

Para el año 2010, Barragán y Manrique, validaron el cuestionario SERVQHOS de Mira, Aranz, y cols en Boyacá con el fin de obtener una versión específicamente para Enfermería, dando como resultado la versión del Cuestionario SERVQHOS-E, cuya finalidad es medir el constructo de calidad percibida de la atención hospitalaria brindada por Enfermería; su grado de confiabilidad tiene mayor significancia que el SERVQHOS español, alcanzando un alfa de cronbach de 0.96.¹⁴⁷

Con relación a Enfermería existen otros instrumentos que miden calidad percibida pero del Cuidado de Enfermería, aspecto en el que difieren del Servqhos-E, debido a que éste último mide atención y no cuidado, dando una mayor relevancia a los aspectos corporativos de la prestación del servicio que a las interrelaciones de cuidado que se vive en la situación de Enfermería.

Tal es el caso del Care-Q de Patricia Larson,¹⁴⁸ el Cucase de Rosario Alonso,¹⁴⁹ el NSNC de Thomas,¹⁵⁰ y otros más.

¹⁴⁵ MIRA, JJ. ARANAZ, J. RODRÍGUEZ, M. BUIL, AA. SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina preventiva 1998; 4(12):8.

¹⁴⁶ MANRIQUE, FG. Validación del instrumento SERVQUAL para la medición de la calidad percibida en instituciones de salud en Boyacá. Tunja: Escuela superior de administración pública; 1998.

¹⁴⁷ Óp. Cit. BARRAGÁN y MANRIQUE. 2010.

¹⁴⁸ CÁRDENAS. L, OTROS. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. 2008

¹⁴⁹ ALONSO, R. BLANCO, MA. GANOSO, P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de Enfermería. Revista Calidad Asistencial. España. 2005; 20(5):246-50.

¹⁵⁰ THOMAS, LH. MCCOLL, E. PRIEST, J. BOND, S. BOYS, R.J. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nurse care. In: Quality in health care. 1996; 5(2):62-72.

4. Capítulo 4: Marco de Diseño

4.1 Tipo de Estudio

Para la presente Investigación se desarrolló un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con abordaje Cuantitativo, puesto que buscó determinar la calidad de la atención de Enfermería desde la percepción de los pacientes hospitalizados en una IPS pública de la ciudad de Barranquilla.

Descriptivo, en la medida que pretende describir la calidad percibida que tienen los pacientes hospitalizados con la atención del equipo de Enfermería para luego determinar dicha calidad, según Hernández, los estudios descriptivos trabajan sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno estudiado.¹⁵¹

Transversal porque pretende determinar la calidad de la atención de Enfermería en un momento dado del tiempo, es decir, durante el trimestre (Agosto, Septiembre y Octubre) del año 2011.

4.2 Universo y Muestra

El **Universo** estuvo conformado por el conjunto de pacientes que habiendo estado internados en los servicios de hospitalización de la IPS objeto de estudio, recibieron atención de Enfermería durante su estancia hospitalaria como parte de la atención integral en salud.

La **Población** objeto del presente estudio estuvo constituida por los pacientes que cumpliendo los criterios de inclusión, egresaron durante un trimestre del año 2011 (Agosto, Septiembre y Octubre).

¹⁵¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. y COLS. Metodología de la Investigación. 3ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2003.

Como se planteó anteriormente, la Calidad percibida es un fenómeno cambiante en donde intervienen múltiples factores de estructura, a los cuales se les denomina aspectos tangibles; y factores de proceso, a los que se les denomina aspectos intangibles,¹⁵² por tanto, dada la particularidad del fenómeno lo recomendable según el modelo EFQM es que se mida y evalúe de forma sistemática^{153, 154} por cuanto lo que se espera es conocer en forma permanente el cómo se está brindando esa atención y en qué aspectos específicos habría que plantearse acciones de mejoramiento continuo durante todo el año.

Teniendo en cuenta lo anterior, se decidió medir éste resultado en un periodo de tres meses, basados en el número de egresos totales del año anterior que fue de 4368 pacientes, con un promedio mensual egresado de 364 pacientes.

Cabe anotar que se tomó la totalidad de egresos durante los tres meses, que cumplían con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio.

El total resultante fue de 158 pacientes que egresaron durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2011. (**Ver tabla 4**),

Tabla 4. Distribución de los pacientes encuestados por mes.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENCUESTADOS POR MES		
AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
47	59	52

Fuente: Encuestas realizadas en Agosto, Septiembre y Octubre del 2011 en los Servicios de hospitalización de la IPS publica objeto de estudio.

4.3 Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes hospitalizados por más de 2 días en la Institución
- Pacientes con orden de egreso (alta hospitalaria firmada)

¹⁵² Óp. Cit., Colegio de Enfermeros del Perú, 2008.

¹⁵³ ARCELAY, A., LORENZO, S., BACIGALUPE, M., MIRA, J.J., y COLS. Adaptación de un modelo de gestión de Calidad Total al sector sanitario. Revista de Calidad Asistencial, 2000; 15: 184-191.

¹⁵⁴ Óp. Cit. MIRA y COLS. 2001.

4.4 Criterios de Exclusión

- Pacientes con discapacidad mental aparente y/o diagnosticada
- Pacientes con alteraciones del lenguaje
- Pacientes con alteración del estado de conciencia (Glasgow menor de 15/15)
- Pacientes sedados por acción medicamentosa
- Pacientes que no sabían leer y escribir
- Pacientes de muy avanzada edad con incapacidad (deterioro cognitivo) para diligenciar el cuestionario y el consentimiento informado

4.5 Fuente de Información

La fuente de información fue primaria, es decir, la suministrada por los pacientes con alta hospitalaria que cumplieron con los criterios de inclusión, y decidieron participar de forma voluntaria en la investigación firmando el consentimiento informado.

4.6 Instrumento

Se utilizó el Instrumento SERVQHOS-E (versión para Enfermería del SERVQHOS original) validado por Barragán y Manrique en Boyacá - Colombia en el año 2010.

El instrumento está compuesto por una escala de 16 ítems que mide calidad de la atención de Enfermería y una encuesta de opinión para medir satisfacción global y recomendar el hospital, los cuales clarifican la estructura del Cuestionario; Según los autores, el análisis factorial de los 16 ítems permitió encontrar (mediante correlaciones, saturación de los ítems y las pruebas de rotación Varimax), la clasificación de dos factores denominados: Aspectos tangibles y Calidad de la Atención (aspectos intangibles), alcanzando buena confiabilidad con un Alpha de Cronbach de 0.96, puntuación que está por encima del SERVQHOS original el cual obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87.

4.7 Procedimiento para la Recolección de la información

Se tuvo en cuenta la autorización institucional; luego de haberse explicado el objetivo de la investigación al jefe de Grupo funcional de hospitalización y a las Enfermeras coordinadoras de cada uno de los servicios, se coordinó la presencialidad del investigador y del recurso humano entrenado para tal fin en cada uno de los servicios,

con el fin de confirmar los egresos y prever que los pacientes se fueran sin ser verificados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, sin embargo, no se ahondó en la explicación del objetivo del estudio para evitar que se cambiara la atención y se sesgara la investigación.

Para la recolección se utilizó el Instrumento SERVQHOS de Enfermería, diligenciado directamente por cada uno de los pacientes participantes, en ese sentido el recurso humano entrenado para la investigación, ó en su defecto, el investigador, previa explicación de la investigación y su participación en ella, entregaron al paciente un sobre sellado con el consentimiento informado y el cuestionario, además se buscó la forma de que el paciente se encontrara en un ambiente propicio, privado, fuera de distracciones y en silencio; en el caso de las habitaciones compartidas, se preservó la intimidad mediante el uso de cortinas separadoras de cama con las que cuentan las habitaciones de la Institución; una vez el paciente hubo terminado el diligenciamiento de los documentos, éstos se introdujeron en un sobre tipo Manila y se selló delante del paciente con el fin de preservar la confiabilidad de la información.

4.8 Procesamiento de la información

La información recolectada con el cuestionario SERVQHOS-E se digitó personalmente por el investigador para disminuir sesgos ó errores en la consolidación de la información, luego se organizó y procesó mediante un cuadro de ordenamiento de datos en Excel y se creó la base de datos en el Programa Epi-info 3.5.3 versión 2011, posteriormente se graficó con histogramas para el análisis de variables discretas y continuas; diagrama de líneas y sectores para el análisis de variables de tipo nominal y ordinal, como también el Diagrama de Box-plot para el análisis de las distribuciones del conjunto de datos, de acuerdo con lo planteado en el Plan de Análisis para determinar Calidad Percibida.

4.9 Riesgos del Diseño

- ✓ Con el fin de disminuir los riesgos de la investigación, se programó un encuentro con la directiva de la IPS Pública y se le explicó la consistencia del estudio, sus ventajas, desventajas, y provecho para el mejoramiento de la calidad de la atención de Enfermería en los servicios de hospitalización, como también se le informó a los

pacientes todos los pasos de la participación con el fin de conocer la población con la cual se contaba para la aplicación del instrumento SERVQHOS-E, con esto, dar respuesta al planteamiento del problema y conseguir el objetivo.

- ✓ Con el fin de evitar intereses particulares que sesgaran la investigación, el investigador contó con un recurso humano técnico previamente capacitado y entrenado al objetivo y ética de la investigación, para el diligenciamiento del consentimiento informado y la aplicación del instrumento SERVQHOS-E.
- ✓ Teniendo en cuenta los antecedentes acerca de los pocos estudios previos en la región, con respecto a la calidad de la atención de Enfermería desde la percepción de los usuarios mediante la utilización de instrumentos validados y confiables, se previó realizar una prueba piloto, con el fin de realizar, si fuese necesario, los ajustes pertinentes al instrumento con relación a su lenguaje y obtener aceptación por parte del escenario para poder medir el fenómeno que se pretende medir.¹⁵⁵

Para prever el sesgo por pérdidas de egresos por día se elaboró un cronograma con horario riguroso que incluía sábados, domingos y festivos con el fin de recolectar la información de todos los egresos que cumplieran con los criterios de inclusión durante los tres meses (agosto, septiembre y Octubre), debido a que la Institución da egresos y altas hospitalarias cualquier día incluyendo los fines de semana.

4.10 Consideraciones Éticas

Con base en la Resolución 008430 de 1993 se considera que la presente investigación es de bajo riesgo, en la medida que no hay una intervención directa sobre el cuerpo del paciente, ni procedimientos que invadan la intimidad de la persona.

Para preservar la validez y confiabilidad de la investigación, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones que permitieron identificar la conducta ética y científica en la investigación.

En el manejo de la información se tuvo en cuenta los principios de **Respeto a la dignidad humana y Beneficencia** ante lo cual se le informó a los participantes, en este

¹⁵⁵ Óp. Cit. PARRA, DI. ARANGO, GL. P. 52.

caso a los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización, que la investigación no les causaría daño físico, moral, ni espiritual alguno, razón por la cual no se incluye sus nombres ni su firma en el instrumento recolector de la información para prever la confirmación en la participación.

Además, el investigador tuvo precaución de que el paciente tuviera orden de egreso (alta hospitalaria firmada) con el fin de disminuir el riesgo de no respuesta por temor a recibir variaciones en la atención.

Se preservó el principio de **Autonomía**, tanto de los pacientes como de la Institución, para el cual se le explicó a los participantes y se le informó a la institución las ventajas y riesgos del estudio por lo que se dejó a su libre elección y albedrío el derecho de participar voluntariamente en la investigación y de retirarse cuando así lo considerasen conveniente, para ello se hizo uso del consentimiento informado con sus respectivas explicaciones y aclaraciones a que hubiere lugar, como también la carta de aceptación por parte de la Institución.

Se tuvo en cuenta el principio de **Reciprocidad**, incentivando a los participantes que mediante la determinación de la calidad de la atención que ellos perciben se pueden obtener resultados que permitan mejorar la atención que brinda el equipo de Enfermería, y por consiguiente la atención en salud que ellos reciben de la IPS.

Se respetó el principio de **Justicia** y el **derecho a la equidad** en cualquier riesgo o beneficio, como también los aspectos relacionados con la privacidad, intimidad, y **confidencialidad** en el manejo de la información.

En cuanto a la publicación de resultados se dejó claro el principio de **Veracidad**, ante el cual el investigador se compromete bajo criterios de honestidad a no alterar y/o manipular los resultados, sino que se mostrará primeramente a la Institución centro de estudio y luego a la comunidad científica tal y cual haya sido el resultado de la presente investigación, no obstante, se reservará el nombre de la Institución para fines de privacidad y **confidencialidad**, de manera que no se pusiera en riesgo la posición y el reconocimiento de la IPS en la Ciudad.

De acuerdo con las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), se preservaron conductas, criterios y normatividad de honradez intelectual e integridad científica.

4.11 Consideraciones Ambientales

Dado que la calidad de la atención de Enfermería percibida por el paciente es un fenómeno cambiante, multifactorial y de mucha trascendencia para la institución, se considera necesario tener en cuenta que procurar el mejoramiento de la misma, promete resultados exitosos para la Institución y quienes reciben el servicio.

Por tanto, determinar la calidad de la atención de Enfermería que perciben los pacientes hospitalizados se considera un aporte significativo al desarrollo de la calidad asistencial total; debido a que permite establecer nuevos modelos de atención que disminuyan los problemas en la cotidianidad de la atención de Enfermería, como también, contribuir al progreso de los servicios de salud mediante el establecimiento de indicadores de medición, en donde se develen resultados que vayan desde la percepción del cliente externo hasta el establecimiento de un ambiente hospitalario de mejoramiento continuo, reconociendo que una atmósfera interna de calidad crea un ambiente que lleva a satisfacer a los usuarios que reciben el servicio.¹⁵⁶

4.12 Limitaciones del Estudio

- ✓ En la literatura, se evidenció a nivel general una utilización indeterminada entre los conceptos: Calidad del Cuidado, Calidad de la Atención y Calidad del Servicio de Enfermería, aspecto que tiende a establecer de forma imprecisa los resultados relevantes para el desarrollo de los referentes investigativos en el presente estudio, no obstante, se hicieron revisiones sistemáticas y minuciosas que permitieran clarificar el estado del arte de los puntos convergentes y divergentes entre atención, cuidado y servicio de Enfermería.

- ✓ Inicialmente no se tuvo acceso a las estadísticas de la Institución debido a que éstas exigían un aval del Comité de Ética de la Universidad, sin embargo, esta dificultad se superó una vez se obtuvo el primer informe de valoración y el posterior aval del Comité de Ética.

- ✓ Debido a que la IPS es la única Institución de cuarto nivel de complejidad de carácter oficial que existe en la ciudad, la mayoría de los pacientes hospitalizados ingresan

¹⁵⁶ Óp. Cit. PONCE y COLS 2006. Pág. 66

por remisión y subsidio a la oferta presentando algunas de las siguientes características:

- 50 pacientes con discapacidad mental aparente y/o diagnosticada
- 65 pacientes con alteraciones del Lenguaje
- 160 pacientes sin estudios académicos que no sabían leer ni escribir
- 150 pacientes de muy avanzada edad con deterioro mental que no podían diligenciar el instrumento
- 45 pacientes menores de 18 años
- 60 pacientes con alteración del estado de conciencia
- 40 pacientes sedados por acción medicamentosa
- 80 pacientes que no quisieron participar
- 95 pacientes dados de alta en horas en las que no estaba el encuestador

Situación que permitió la exclusión y no inclusión de 745 pacientes del total de egresos en el trimestre (agosto, septiembre, octubre), el cual fue de 903 pacientes.¹⁵⁷

Los hallazgos generados como resultados en el presente estudio solamente son válidos para la población encuestada en el trimestre (Agosto, Septiembre y Octubre), por tanto, los resultados no son inferibles al resto de la población atendida.

4.13 Aportes y Difusión de Resultados

Posterior a la formulación, diseño, ejecución, análisis, evaluación y aprobación del presente estudio de investigación se procedió a la difusión de los resultados como aporte a la Institución, al conocimiento, a la disciplina, y a la sociedad.

1. Una vez culminó la investigación, se mostraron los resultados primeramente a la institución centro de estudio, y de acuerdo a ellos se dieron pautas y lineamientos que orientaran la calidad de la atención en los servicios de salud, específicamente, la atención de Enfermería, dando cumplimiento a unos de los objetivos planteados en la investigación.

¹⁵⁷ Estadísticas de la Institución centro de estudio 2011.

2. Se elaboró un artículo científico derivado de la investigación, para publicación en la revista Avances en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia u otra revista nacional indexada, que sirva como insumo de conocimiento para futuras generaciones y referencia de próximos estudios de investigación en Barranquilla, la región Caribe, Colombia y el ámbito internacional.

3. Se presentará para el año 2013, los resultados de la investigación por medio de ponencias y posters en Eventos científicos de Enfermería a nivel regional y nacional.

5. Capítulo 5: Plan de Análisis, Resultados y Discusión

5.1 Plan de Análisis

El presente Plan de Análisis se expone teniendo en cuenta la articulación entre el marco teórico y los antecedentes de estudios previos relacionados con el tema, con el fin de dar coherencia a los resultados encontrados en la presente investigación y corroborar los hallazgos encontrados.

Dado que la base estructural del instrumento SERVQHOS-E proviene del modelo teórico de la desconfirmación de expectativas de Oliver y la calidad percibida de Parasuram y Cols, los resultados del presente estudio se articulan de forma congruente con dicha teoría, pero también con los postulados del Dr. Avedis Donabedian en su teoría de Calidad Asistencial; para tal efecto, se retoman los aspectos planteados en el marco teórico; en este sentido, Oliver plantea que la Calidad percibida surge de una ecuación entre las expectativas previas y las percepciones posteriores, y que la diferencia entre ambas determina la mucha satisfacción, la satisfacción ó la No satisfacción del usuario que recibe dicho servicio ó producto, presentándose entonces la desconfirmación positiva, la desconfirmación nula ó Confirmación, y la desconfirmación negativa de expectativas.

Desde el punto de vista de la Calidad Percibida, la desconfirmación positiva se evidencia cuando las percepciones son mayores a las expectativas previas, lo cual se relaciona directamente con altos niveles de calidad, por su parte, la desconfirmación nula ó Confirmación se evidencia cuando las percepciones son similares a las expectativas, es decir, cuando hay cumplimiento de dichas expectativas, lo cual aduce que hay modestos niveles de calidad; y por último, la desconfirmación negativa cuando las expectativas son mayores que las percepciones, relacionándose directamente con bajos niveles de calidad desde la opinión de los usuarios. **(Ver Figura 2).**

Dado lo anterior, la Escala lickert del SERVQHOS-E está estructurada por 16 preguntas con 5 opciones de respuesta que se relacionan a continuación:

1. Mucho peor de lo que esperaba
2. Peor de lo que esperaba
3. Como lo esperaba
4. Mejor de lo que esperaba
5. Mucho mejor de lo que esperaba

Al aplicar la interpretación teórica que subyace al instrumento, para el análisis del presente estudio queda establecido de la siguiente manera:

Tabla 5. Relación entre el instrumento SERVQHOS-E, la Teoría de Desconfirmación de Expectativas de Oliver y el Paradigma de Calidad Percibida de Parasuraman y Cols.

OPCIONES DE RESPUESTA EN LA ESCALA DE CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVQHOS-E	TEORÍA DE DESCONFIRMACIÓN DE OLIVER Y CALIDAD PERCIBIDA DE PARASURANAM Y COLS	
1. Mucho peor de lo que esperaba	DESCONFIRMACIÓN NEGATIVA	NO SATISFACCIÓN (Bajos niveles de Calidad percibida)
2. Peor de lo que esperaba		
3. Como lo esperaba	DESCONFIRMACIÓN NULA Ó CONFIRMACIÓN	SATISFACCIÓN (Modestos niveles de Calidad percibida)
4. Mejor de lo que esperaba	DESCONFIRMACIÓN POSITIVA	MUCHA SATISFACCIÓN (Altos niveles de Calidad percibida)
5. Mucho mejor de lo que esperaba		

Fuente: Interpretación y análisis elaborado por el autor. 2012

Teniendo en cuenta lo anterior, las opciones de respuestas 1 y 2, obedecen a la condición de desconfirmación negativa, para tal efecto, los resultados obtenidos dentro de esta clasificación permiten reflejar bajos niveles de Calidad.

La opción de respuesta 3, obedece a la condición de desconfirmación Nula ó Confirmación de Expectativas, los resultados obtenidos dentro de esta clasificación permiten reflejar modestos niveles de Calidad.

Por último, las opciones de respuesta 4 y 5, obedecen a la condición de desconfirmación positiva, por tanto, los resultados obtenidos dentro de esta clasificación permiten reflejar altos niveles de Calidad.

En cuanto a los ítems que poseen tipo de respuesta nominal y de selección se graficarán en diagrama de barras, líneas y/o sectores.

De ésta manera, se irá decantando la interpretación de los resultados y respectivo análisis teniendo en cuenta el orden en el que se encuentra estructurado el instrumento SERVQHOS-E.

5.2 Resultados y Discusión

Inicialmente se hace una breve caracterización de la IPS centro de estudio, luego se presentan los resultados de la prueba piloto, los resultados de Calidad Percibida por mes, seguida de los resultados de calidad percibida en el trimestre, de igual forma se presentan los resultados de calidad percibida de acuerdo a los aspectos tangibles e intangibles, los resultados de opinión que evidencian aspectos relativos al nivel de satisfacción y recomendación del hospital, y finalmente los resultados de las variables demográficas de la población objeto de estudio.

5.2.1 Caracterización de la IPS centro de Estudio

La Institución centro de la presente investigación es una Empresa Social del Estado (E.S.E) prestadora de servicios de salud de alta complejidad y Rehabilitación integral con criterio universitario en Barranquilla y la Región Caribe Colombiana.

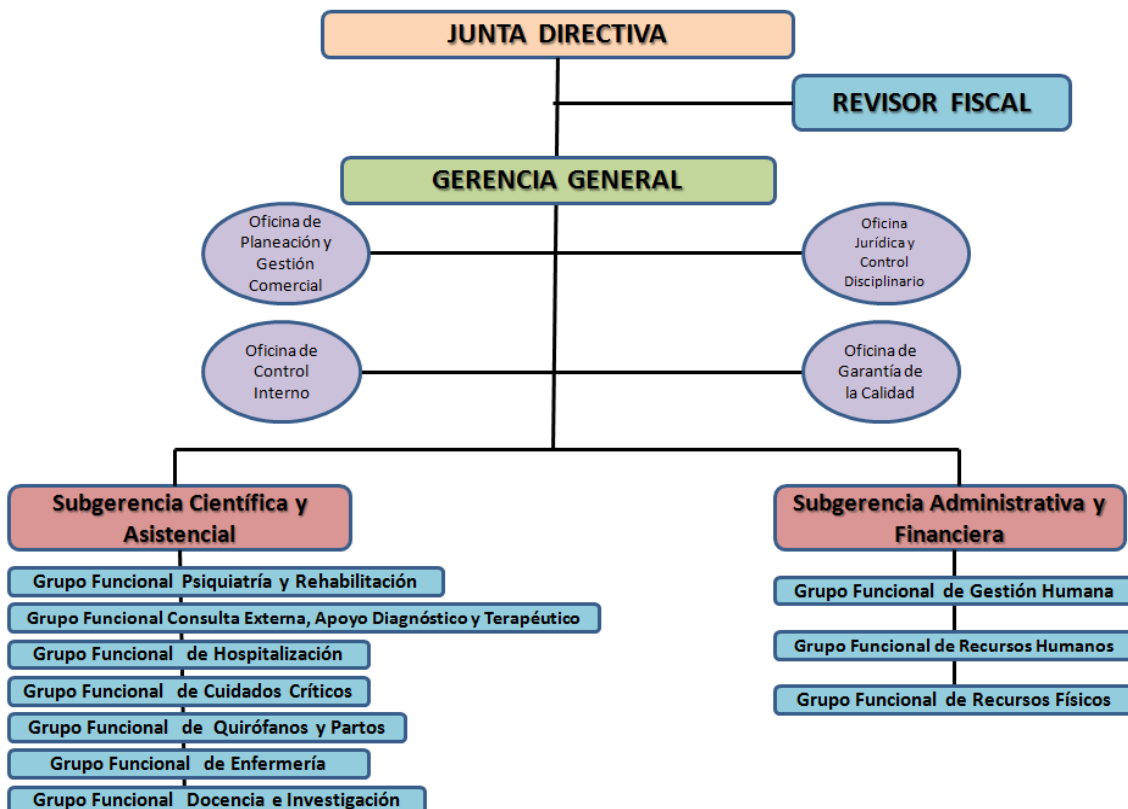
Dentro de su misión contempla la prestación de un servicio de salud enfocado en la atención humanizada, la seguridad del paciente, la investigación y la innovación académica, y el mejoramiento continuo de la calidad; guiada bajo valores corporativos de amabilidad, respeto, calidad, seguridad, solidaridad, honestidad, igualdad, eficiencia y compromiso social.

Como institución de alta complejidad presta servicios especializados de tercer y cuarto nivel de atención en salud, dentro de los cuales se encuentran: Medicina Interna, Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Video Laparoscopia. Unidad Cardiovascular invasiva y no invasiva, Neurocirugía, Neurología, Gastroenterología y Endoscopia,

Endocrinología, Oftalmología y Optometría Adulto y Pediátrica, Otorrinolaringología, Ortopedia y Maxilofacial, Pediatría, Anestesiología, Cirugía Plástica, Ginecología, Hemato-oncología, Oncología Clínica, Gineco-Oncología, Unidades de Cuidados Críticos, Laboratorio Clínico, Imagenología, Patología, Banco de Sangre, Psiquiatría, Fisiatría, Fisioterapia, Psicología, Nutrición y Dietética, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Neuropediatría, Electromiografía, Electroencefalografía, Exámenes Diagnósticos de Audiometría, Potenciales evocados y Programas Especiales: VIH-Sida, Trastornos del Desarrollo, Farmacodependencia y Alcoholismo, Hospital Día, Ofivida, Rehabilitación Integral.

La IPS, posee una estructura organizacional vertical en la que se destacan cargos con tareas especializadas, reglas, sistemas de reporte, grupos integradores de trabajo y toma de decisiones centralizadas.

Figura 3. Estructura Organizacional de la IPS centro de Estudio.



Fuente: Portafolio de Servicios de la IPS centro de estudio. 2012

5.2.2 Resultados de la Prueba Piloto

Uno de los puntos planteados en el presente estudio para disminuir los riesgos del diseño fue la realización de una prueba piloto que permitiera corregir cualquier aspecto facial del cuestionario SERVQHOS-E como instrumento recolector de la información, en tanto que se validó en una región de Colombia diferente en cultura; además se buscó entrenar al recurso humano que apoyaría la recolección de los datos y establecer elementos para el análisis de la información.

La prueba piloto se llevó a cabo durante el mes de Julio del 2011, guardando el mismo rigor metodológico en cuanto a criterios de inclusión y características éticas. El número total de encuestados fue de 32 pacientes con orden de egreso (alta hospitalaria firmada) de los diferentes servicios de hospitalización de la Institución objeto de estudio.

Los resultados de la prueba piloto sugirieron algunas modificaciones faciales en relación con el lenguaje de algunos ítems de opinión y datos demográficos del cuestionario; sin embargo, en cuanto a la escala de puntuación de 16 ítems que mide aspectos tangibles e intangibles de la atención de Enfermería no hubo necesidad de modificación porque se entendió bien en el contexto. Situación que fue comunicada e informada a los investigadores que validaron el instrumento en Boyacá – Colombia.

Las modificaciones en el Cuestionario SERVQHOS-E fueron las siguientes:

1. La pregunta: **¿Cree que ha recibido suficiente información sobre su estado de salud?** fue modificada por **¿Cree que ha recibido suficiente información sobre su estado de salud por parte del personal de Enfermería?**, puesto que en la prueba piloto los pacientes casi siempre respondían haciendo alusión al médico u otro profesional diferente a Enfermería, aspecto que se consideró importante para evitar el sesgo de respuesta por mala interpretación de la pregunta.
2. A la pregunta: **¿El ingreso al hospital se produjo por Urgencias o Programado?**, se le agregó una tercera opción de respuesta quedando de la siguiente manera: **¿El ingreso al hospital se produjo por Urgencias, Programado ó Remisión?**, debido a que por ser el único hospital público de cuarto nivel de la ciudad, recibe gran cantidad de pacientes remitidos de instituciones de primer, segundo y tercer nivel de

complejidad; motivo por el cual se hizo necesario incluirlo para evitar la no respuesta por falta de opción de respuesta.

3. A la pregunta: **Estudios terminados (Sin estudios, Primarios, Bachillerato, Universitarios)**, se le agregó una quinta opción de respuesta (**Técnicos**), debido a que en la ciudad hay un gran número de corporaciones e instituciones educativas que emiten este tipo de títulos, por tanto, se hizo necesario incluirlo para evitar la no respuesta por falta de opción de respuesta.
4. A la pregunta: **Actualmente usted está (Pensionado, Desempleado, Empleado, Hogar, Estudiante)**, se le agregó una sexta opción (**Trabajador Independiente**), puesto que una de las características de la población participante es el bajo nivel académico y la escasez de recursos económicos que no les permite acceder a oportunidades de empleo y a la formación académica, por lo tanto, viven de las actividades comerciales propias e independientes de carácter informal.

Las modificaciones que se le hicieron al cuestionario no alteran de ninguna manera las pruebas psicométricas del instrumento debido a que los ítems modificados no puntúan dentro de la escala de calidad percibida sino que son datos adicionales que complementan el cuestionario.

Los encuestadores entrenados participaron en la aplicación y ajuste del instrumento, lo cual garantiza la estandarización en la recolección de datos.

Se estableció la forma de presentación de datos y análisis de las variables demográficas de la población participante y de igual forma, la base de datos para la sistematización de las variables de la escala de calidad percibida.

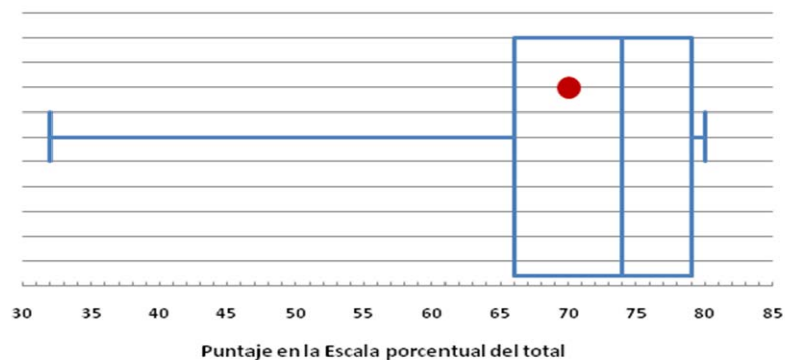
5.2.3 Resultados de Calidad Percibida

Teniendo en cuenta que la Calidad Percibida es un fenómeno multifactorial y subjetivo, tal cual como se describe en el marco teórico, se decidió analizar el comportamiento de la misma por cada uno de los meses en los que se hizo la recolección de la información y luego el comportamiento general en el trimestre, para dicho análisis se tomó la información consignada en la matriz de ordenamiento de datos previamente elaborada en Excel, y se dividió de acuerdo a la recolección que se logró durante cada uno de los tres

meses (Agosto, Septiembre y Octubre) (**Ver tabla 4**), con el fin de interpretar y analizar el comportamiento del fenómeno de Calidad Percibida.

Para tal caso, se utilizó el diagrama de Box and Whisker Plot (Diagrama de Caja y Bigote) propuesto por Jhon Tukey en 1977¹⁵⁸, el cual es representativo para mostrar la distribución de un conjunto de datos mediante el uso de medidas descriptivas como: media, mediana, valor mínimo, valor máximo, primer cuartil, y tercer cuartil; en este estudio, el Box-plot se tomó como diagrama para mostrar cómo es la variabilidad del fenómeno de calidad percibida según la distribución de los datos obtenidos en cada mes.

Gráfico N° 1. Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Agosto 2011.



Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

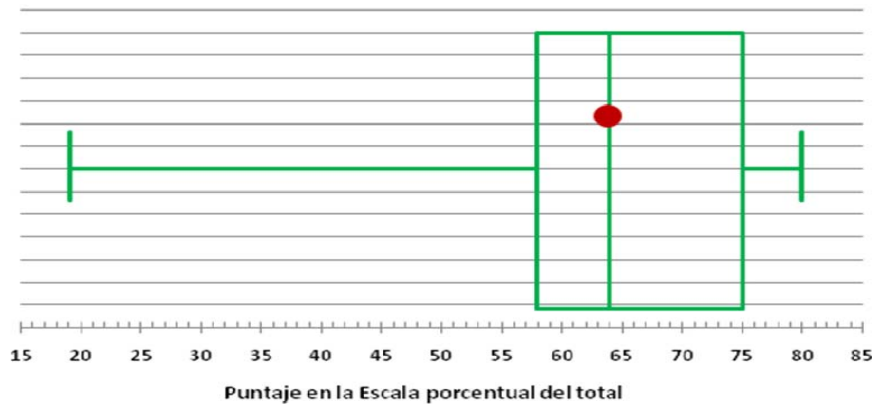
El gráfico evidencia una concentración de los datos hacia el extremo izquierdo, un valor mínimo de 32, un valor máximo de 80, un Cuartil 1 de 66 y un Cuartil 3 de 79, una media de 70 puntos y una mediana de 74 puntos sesgada a la izquierda, mostrando asimetría negativa.

Del total de 158 pacientes, 47 fueron encuestados durante el mes de Agosto, de los cuales, 38 (81%) percibieron la calidad de la atención de Enfermería como “Mejor de lo que esperaba” y “Mucho mejor de lo que esperaba”, 6 (13%) la percibieron “Como lo esperaba” y solo 3 (6%) la percibieron como “Mucho peor de lo que esperaba” y “peor de lo que esperaba”, resaltando que durante este mes, la mayoría de los pacientes percibió

¹⁵⁸ TUKEY, J. Exploratory Data Analysis. 1977, citado por: PEÑA, N. Boxplot. Documento de trabajo para la evaluación del proceso de enseñanza docente. Universidad Simón Bolívar, Venezuela. 2006.

buena calidad en la atención de Enfermería al encontrar que sus expectativas fueron superadas por sus percepciones previas.

Gráfico N° 2. Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Septiembre 2011.

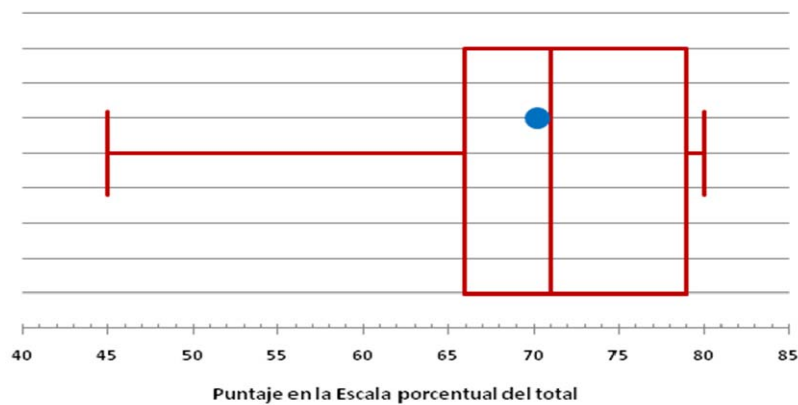


Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

El gráfico evidencia una concentración de los datos hacia el extremo derecho, un valor mínimo de 19, un valor máximo de 80, un Cuartil 1 de 58 y un Cuartil 3 de 75, una media y mediana similar de 64 puntos, sesgada a la derecha, mostrando asimetría positiva.

Del total de 158 pacientes, 59 fueron encuestados durante el mes de Septiembre, de los cuales, 41 (69%) percibieron la calidad de la atención de Enfermería como “Mejor de lo que esperaba” y “Mucho mejor de lo que esperaba”, 15 (25%) la percibieron “Como lo espera” y 3 (5%) la percibieron como “Mucho peor de lo que esperaba” y “Peor de lo que esperaba”, indicando que durante este mes, hubo un aumento significativo del tipo de respuestas “Como lo Esperaba”, todavía hay un gran porcentaje de respuestas “Mejor de lo que esperaba” y “Mucho mejor de lo que esperaba”, con respecto a Agosto y Octubre, es decir, durante este mes los pacientes, además de percibir altos niveles de calidad, recibieron lo que previamente esperaban.

Gráfico N° 3. Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Octubre 2011.



Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

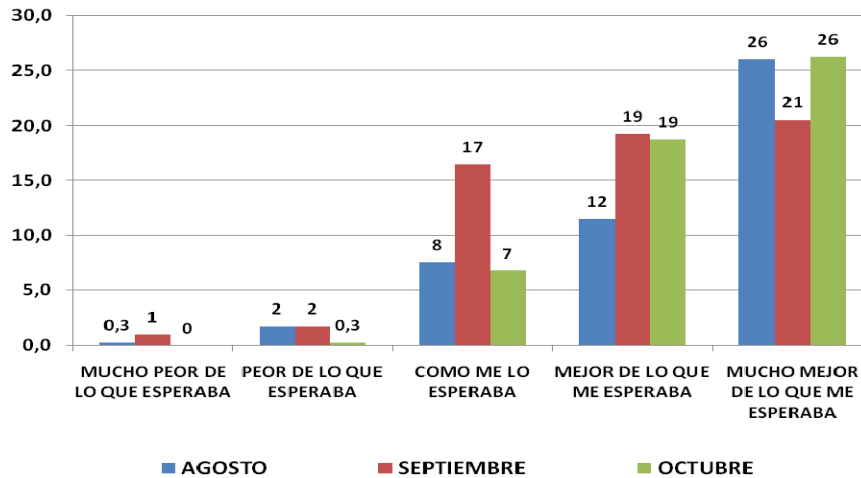
El gráfico evidencia una concentración de los datos hacia el extremo derecho, un valor mínimo de 45, un valor máximo de 80, un Cuartil 1 de 66, un Cuartil 3 de 79, una media de 70 puntos y una mediana de 71 puntos sesgada a la derecha, mostrando asimetría positiva.

Del total de 158 pacientes, 52 fueron encuestados durante el mes de Octubre, de los cuales, 45 (87%) percibieron la calidad de la atención de Enfermería como “Mejor de lo que esperaba” y “Mucho mejor de lo que esperaba”, 6 (6%) la percibieron “Como lo esperaba” y solo 1(2%) la percibió como “Peor de lo que esperaba”, indicando que en octubre los pacientes también percibieron buena calidad de la atención de Enfermería, al presentar menor porcentaje de resultados negativos con relación a los meses de Agosto y Septiembre, los cuales muestran un comportamiento similar en las respuestas negativas.

5.2.4 Calidad Percibida por mes, de acuerdo a Aspectos Tangibles e Intangibles y Opciones de Respuesta.

Con el fin de confirmar los resultados de Calidad percibida por mes planteados anteriormente y conociendo la estructura del instrumento SERVQHOS-E, fue necesario determinar dicha Calidad desde los aspectos tangibles e intangibles.

Gráfico N° 4. Comportamiento por Mes, de Aspectos Tangibles de Calidad de la Atención de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en la IPS pública de Barranquilla. 2011

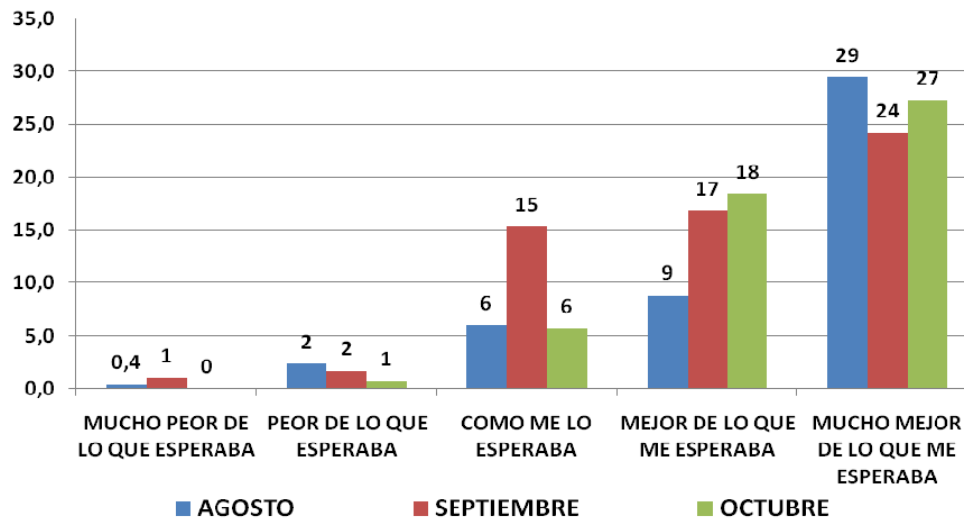


Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

El gráfico evidencia una tendencia marcada hacia las opciones de respuesta 3, 4 y 5, sin embargo, se observa que en el mes de Septiembre el tipo de respuesta “*Como lo esperaba*” está notablemente por encima de las otras opciones, lo cual confirma la afirmación de que en el mes de septiembre el aumento de opciones de respuestas 3 es bastante significativo que en los otros dos meses, no obstante, se observa que a pesar de que el mes de septiembre mantuvo su crecimiento, los meses de Agosto y Octubre lo superan en la opción 5, mostrando que los pacientes que egresaron en agosto y octubre percibieron mayor calidad de atención de Enfermería que los que egresaron en septiembre; revelando así, que la variabilidad del fenómeno es notable y que cambia dependiendo los días de estancia, el tipo de pacientes y percepción de cada uno en particular.

Es importante resaltar que como la mayoría de las percepciones durante los tres meses se orientan hacia la superación de las expectativas de los pacientes, las opciones de respuesta 1 y 2 carecen de significancia para develar niveles bajos de calidad.

Gráfico N° 5. Comportamiento por Mes, de Aspectos Intangibles de Calidad de la Atención de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en la IPS pública de Barranquilla. 2011



Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

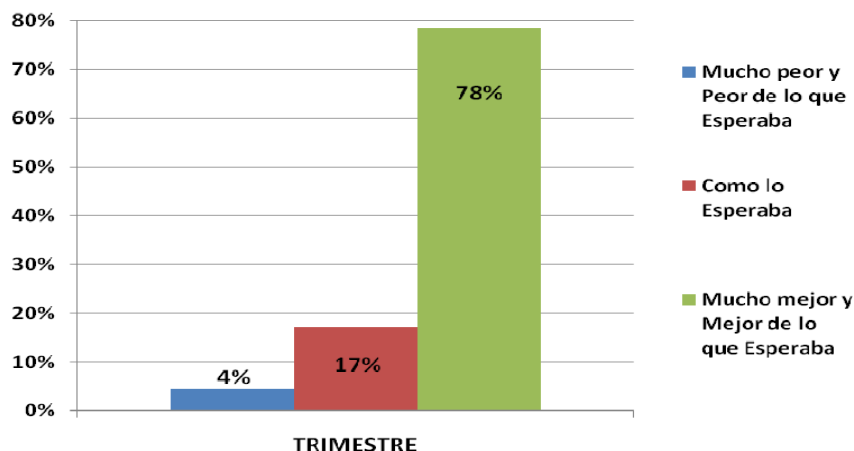
Al igual que para los aspectos tangibles, la determinación de Calidad de la Atención de Enfermería percibida por los pacientes hospitalizados desde los aspectos intangibles, muestra similar comportamiento, hallazgo que corrobora la estructura del cuestionario para medir el constructo de calidad percibida, debido a la tendencia de las respuestas en ambos factores.

5.2.5 Resultados de Calidad Percibida en el trimestre

Del total de 158 pacientes encuestados en el trimestre, el 30% (47) corresponde a Agosto, el 37% (59) a Septiembre y el 33% (52) a Octubre.

Una vez obtenida la información de cada mes, se realizó la interpretación y análisis del comportamiento de Calidad Percibida en todo el trimestre, con el fin de verificar si existía alguna variabilidad del fenómeno estudiado.

Gráfico N° 6. Calidad de la Atención de Enfermería Percibida por pacientes hospitalizados en una IPS pública de Barranquilla, Agosto, Septiembre y Octubre 2011.



Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

Como se detalló en el marco teórico, la teoría de la Discrepancia postula que la calidad percibida es una ecuación entre las expectativas previas que tiene un usuario antes de recibir la atención y su posterior percepción durante y después de haber recibido dicha atención, el resultado final del proceso da como resultado el nivel de satisfacción del usuario.¹⁵⁹

Al sumar los resultados por opción de respuesta de acuerdo a cada uno de los tres meses, como se estableció en el plan de análisis, se encontró que la calidad de la atención de Enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en la IPS pública durante los meses Agosto, Septiembre y Octubre fue “*Mucho peor de lo que esperaba*” y “*Peor de lo que Esperaba*” en un 4%, “*Como lo Esperaba*” en un 17%, y “*Mejor de lo que Esperaba*” y “*Mucho mejor de lo que Esperaba*” en un 78%; lo cual indica que, a la luz de la Teoría de la Desconfirmación de Expectativas de Oliver, del 100% de los pacientes encuestados, el 4% percibe bajos niveles de calidad, el 17% percibe modestos niveles de calidad y el 78% percibe altos niveles de calidad; al sumar los datos de satisfacción, se evidencia que del total de la población, el 95% percibió buena calidad de atención de Enfermería en los servicios de hospitalización, resultado coherente con lo revisado en

¹⁵⁹ DÍAZ, R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(1):22-9. Pág. 31.

estudios nacionales e internacionales, los cuales plantean que la Calidad Percibida como buena oscila entre el 70% y 100%.

En ese sentido, Utrilla describe que los usuarios percibieron una atención de Enfermería favorable en un 84% y medianamente favorable en un 16%¹⁶⁰, mientras que Torres y Rivas afirman que la percepción del paciente hospitalizado respecto al trato digno proporcionado por el profesional de Enfermería-mujer es buena en un 98% y regular en un 2%; y por el profesional de Enfermería-hombre es buena en un 96% y regular en un 4%, indicando, en ambos casos, que indistintamente de que el profesional sea hombre o mujer, el paciente percibe como Buena la atención brindada por Enfermería.¹⁶¹

Otros estudios muestran resultados divergentes a los hallados en el presente estudio, tal es el caso de Quispe, quien muestra que la opinión del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera es medianamente favorable en un 45%, desfavorable en un 30% y favorable en un 25%, resultados similares a los hallados por Romero y Durand, quienes muestran que la percepción del paciente sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es medianamente desfavorable y desfavorable en un 56.67% y favorable y medianamente favorable en un 43.33%, indicando que las categorías negativas están por encima a las categorías positivas de la atención, y que están dadas por la relación interpersonal y actividades propias del proceso de atención.¹⁶²⁻¹⁶³

¹⁶⁰ UTRILLA, N. Percepción que tiene el usuario externo acerca de la calidad de atención de Enfermería en el Servicio de la Unidad de Cuidados Intermedios en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Postgrado. Facultad de Medicina Humana, programa de Segunda Especialización en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima. 2009.

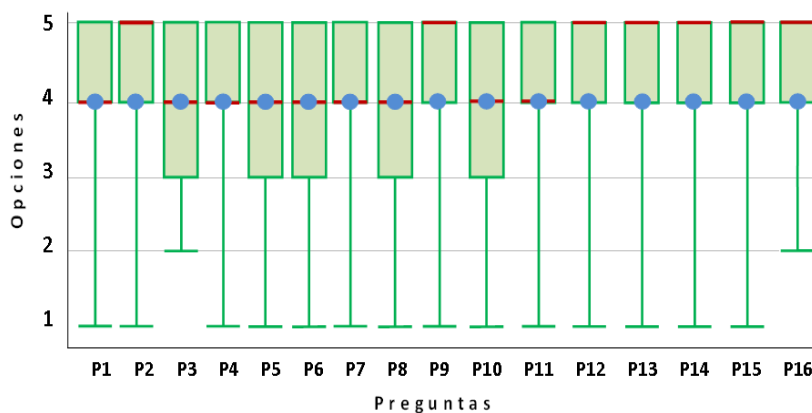
¹⁶¹ TORRES, C. RIVAS, JG. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2010; 18(3): 60 – 64.

¹⁶² QUISPE, AM. Opinión que tienen los usuarios del servicio de medicina general sobre la calidad de la atención de la Enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis de Grado. Facultad de Medicina Humana, E.A.P. Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima. 2005.

¹⁶³ ROMERO, LC. DURAND, J. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Grado, Facultad de Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2008.

5.2.6 Resultados de Calidad Percibida de acuerdo al Número de Preguntas y Opciones de Respuesta.

Gráfico N° 7. Calidad de la Atención de Enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en la IPS pública de Barranquilla, según Número de preguntas y Opciones de respuesta.



Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

A nivel general, existe un predominio de respuestas en las opciones 4 y 5; obsérvese que en P3 y P16 el valor mínimo está en la opción de respuesta 2, evidenciándose que para los pacientes encuestados, las señalizaciones de los servicios y la capacidad que tiene el personal de Enfermería para comprender sus necesidades no existió opción de respuesta como “Mucho peor de lo que esperaba”, además, nótese que en P2, P9, P12, P13, P14, P15 y P16 hay una concentración de los datos hacia el extremo superior, con medianas en la opción 5, sesgadas a la izquierda.

En cuanto a las preguntas P3, P5, P6, P8 y P10, se observa que hay una distribución más dispersa de los datos entre las opciones 3, 4 y 5, con medianas simétricas en la opción 4.

Los aspectos valorados por los pacientes como “*Mejor de lo que Esperaba*” y “*Mucho mejor de lo que Esperaba*” son la apariencia del personal, la señalización en los servicios de hospitalización, la tecnología que utilizan las enfermeras, la puntualidad, la confianza, la amabilidad, la preparación académica, el trato personalizado y la capacidad que tiene el personal de Enfermería para comprender sus necesidades.

Los aspectos valorados por los pacientes “*Como lo Esperaba*” son la información proporcionada, el interés por cumplir lo que prometen y la rapidez con que el personal de Enfermería consigue lo que el paciente necesita.

Los aspectos valorados por los pacientes como *“Peor de lo que Esperaba”* y *“Mucho peor de lo que Esperaba”* son el estado en el que están las habitaciones con relación a la apariencia y comodidad, el interés en la resolución de problemas, el tiempo de espera en ser atendidos y la disposición que tiene el personal para ayudarlos cuando lo necesitan. Resultados coherentes con los planteados por Utrilla¹⁶⁴, quien describe que para la atención de Enfermería, los ítems favorables están dados por el saludo cordial, el trato amable y la relación de confianza que brinda la enfermera, se suma a esto el tratamiento, procedimiento y la garantía del cuidado; los ítems medianamente favorables están relacionados con la falta de orientación de las normas del servicio, lo que afecta a la percepción que se tiene sobre la calidad de la atención de Enfermería.

5.2.7 Resultados de Calidad Percibida de acuerdo a aspectos tangibles e intangibles

La escala de medición de Calidad Percibida de la Atención de Enfermería del SERVQHOS-E se divide en 2 factores con 16 ítems puntuados de 1 a 5 (escala tipo Lickert), un primer factor con 4 ítems que mide aspectos tangibles y un segundo factor con 12 ítems que mide Calidad de la atención de Enfermería (aspectos intangibles); la unión de ambos factores permitió dar un resultado de calidad percibida de la atención de Enfermería por parte de los pacientes hospitalizados en la Institución de una forma individual pero también general, para lograrlo, esos datos fueron organizados y agrupados en Excel con el fin de consolidar las respuestas tabulando ítem por ítem y finalmente dividir la tabla en dos partes de acuerdo a los aspectos que mide (tangibles e intangibles). **Ver Tabla 6.**

En una escala porcentual de 1 – 100, El 25% de los ítems de la Escala de Calidad hacen referencia a aspectos tangibles que se relacionan con la dimensión ESTRUCTURA, mientras que el 75% restante hacen referencia a los aspectos propios de la atención directa, y que se relacionan con la dimensión PROCESO.

En ese sentido, la literatura manifiesta que la calidad percibida, es un fenómeno subjetivo en el que influyen factores como son: el estado de salud del paciente, experiencias

¹⁶⁴ UTRILLA, N. Percepción que tiene el usuario externo acerca de la calidad de atención de Enfermería en el Servicio de la Unidad de Cuidados Intermedios en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Postgrado. Facultad de Medicina Humana, programa de Segunda Especialización en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima. 2009.

pasadas con el personal de salud, personalidad del paciente, estilos de vida, edad, creencias, vivencias, entre otros.¹⁶⁵⁻¹⁶⁶⁻¹⁶⁷⁻¹⁶⁸⁻¹⁶⁹

No obstante, algunos autores como Moreno y Cols, Christoph y Abaunza, afirman que para medir correctamente la calidad de la atención no solamente se debe tener en cuenta la subjetividad del paciente, sino también la Estructura, el Proceso y el Resultado de forma simultánea¹⁷⁰⁻¹⁷¹; el Dr. Donabedian, el primer y mayor exponente de la teoría de evaluación de la calidad en salud, le daba a los aspectos tangibles un valor agregado determinante para medir calidad asistencial total, sin embargo, en sus postulados expresaba que las instituciones de salud además de mantener una buena estructura, un adecuado proceso y unos resultados impactantes, no debían restar interés por buscar la satisfacción del paciente, porque el fin último de la calidad es tratar de conocer lo que percibe, exige y satisface al paciente para después actuar en fin común.¹⁷²⁻¹⁷³

El Cuestionario SERVQHOS-E es un instrumento diseñado con base en la teoría de la Discrepancia de Oliver y el modelo Servqual de Parasuram, su fin es medir el constructo de Calidad percibida de aspectos tangibles e intangibles de la atención de Enfermería, conociéndose los aspectos tangibles como aquellos aspectos propios de la Estructura, que de una u otra forma intervienen para que se de la atención, y los aspectos intangibles como aquellos aspectos humanos propios que el personal de Enfermería manifiesta en el proceso de la atención.

Dentro de los aspectos tangibles se encuentra el espacio físico, la tecnología, el recurso material y el recurso humano, los cuales hacen parte, son utilizados y de igual forma son

¹⁶⁵ Ibíd. TORRES, C. RIVAS, JG. Pág. 63.

¹⁶⁶ CABRERO J, RICHART M, REIG A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enfermería Clínica*. 1995; 5: 190-198.

¹⁶⁷ HALL JA, DORNAN MC. Patients sociodemographics characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990; 30:811-818.

¹⁶⁸ PUJIULA, J. SUÑER, R. PUIGDEMONT, M. GRAU, A. BERTRÁN, C. HORTAL, G. BARÓ, N. GARCÍA, T. ALGANS, L. ESTAÑOL, F. MASCORT, Z. La Satisfacción de los Pacientes Hospitalizados como Indicador de la Calidad Asistencial. *Enferm Clin*. 2006; 16(1):19-26.

¹⁶⁹ Óp. Cit. BARRAGÁN y MANRIQUE. 2010. Pág. 79.

¹⁷⁰ MORENO, E. CRIVELLI, V. KESTELMAN, N. MALÉ, M. PASSARELL, N. SCHAPIRA, E. VIÑAS, M. Calidad de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación. Proyecto UNI-Tucumán; Cátedra de Salud Pública. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. 2001. Pág. 26.

¹⁷¹ Óp. Cit, CHRISTOPH, R. ABAUNZA, M. 2006. Pág. 67.

¹⁷² DONABEDIAN A. The quality of care. *JAMA*. 1988; 260:1743-8.

¹⁷³ Óp. Cit. PUJIULA, J y COLS. Pág. 20.

manipulados por Enfermería para brindar la atención, dentro de los aspectos intangibles se aprecian la empatía, el interés, la cortesía, la confianza, la puntualidad, la rapidez, el trato personalizado y la capacidad profesional para brindar la atención.

Tabla 6. Respuestas según aspectos tangibles e intangibles de la Atención de Enfermería en la IPS pública de Barranquilla.

	N°	PREGUNTAS	1	2	3	4	5	Total Encuestados
			Mucho Peor De Lo Que Esperaba	Peor De Lo Que Esperaba	Como Me Lo Esperaba	Mejor De Lo Que Esperaba	Mucho Mejor De Lo Que Esperaba	
ASPECTOS TANGIBLES	1	La tecnología de los equipos que utilizan las Enfermeras para hacer su trabajo ha sido	2	1	28	49	78	158
	2	La apariencia (presentación personal) del personal de Enfermería ha sido	2	2	26	48	80	158
	3	Las Indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido	0	4	37	54	63	158
	5	El estado en que están las habitaciones del hospital (aparencia y comodidad) ha sido	1	8	32	47	70	158
CALIDAD DE LA ATENCIÓN (Aspectos Intangibles)	4	El interés de las de las Enfermeras por cumplir lo que prometen ha sido	2	4	28	54	70	158
	6	La información que las Enfermeras proponen ha sido	1	9	36	42	70	158
	7	El tiempo de espera para ser atendido por la Enfermera cuando usted requiere algo ha sido	2	7	29	50	70	158
	8	El interés de las Enfermeras por solucionar sus problemas ha sido	2	6	32	45	73	158
	9	La puntualidad de las Enfermeras en atenderlo ha sido	3	3	30	39	83	158
	10	La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de Enfermería ha sido	1	7	34	44	72	158
	11	La disposición de las enfermeras para ayudarlo cuando lo necesita ha sido	1	6	29	44	78	158
	12	La confianza (seguridad) que las Enfermeras transmiten a los pacientes ha sido	1	4	22	38	93	158
	13	La amabilidad (cortesía) de las Enfermeras en el trato con la gente ha sido	1	1	20	33	103	158
	14	La preparación del personal de Enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido	1	2	25	51	79	158
	15	El trato personalizado que las enfermeras das a los pacientes ha sido	2	3	20	41	92	158
	16	La capacidad del personal de Enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	0	4	19	47	88	158

Fuente: Base de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

Por otra parte, el instrumento también mide el Resultado, a través de la satisfacción del usuario y la recomendación del hospital, siendo la satisfacción del usuario uno de los

métodos a través de los cuales se puede obtener información acerca de cómo están los resultados de la atención en salud.¹⁷⁴⁻¹⁷⁵

Teniendo en cuenta la presente tabla de datos, se observa que de las 4 preguntas de los aspectos tangibles de calidad de la atención, todas las respuestas tienen su mayor puntuación en la opción 5 (*Mucho mejor de lo que esperaba*), representado en un 73%, no obstante, llama la atención que la proporción de respuestas "*Mucho peor de lo que esperaba*" y "*Peor de lo que esperaba*", en los aspectos tangibles es escasa, lo cual indica que un gran porcentaje de los pacientes encuestados percibieron calidad y se sienten satisfechos con los aspectos tangibles para la atención de Enfermería.

En los aspectos de calidad de la atención propiamente dicha (aspectos intangibles), se evidencia que de las 12 preguntas, la que mayor número de respuestas ostenta es la pregunta número 13, con una puntuación de 5, mostrando que de los 158 pacientes encuestados, 103 percibieron que el personal de Enfermería brinda un trato amable y cortés durante la atención, sin embargo, cabe resaltar que los 11 ítems restantes presentan el mismo comportamiento, es decir, para los pacientes hospitalizados en el trimestre, los aspectos intangibles percibidos superó las expectativas previas que tenían antes de la atención.

En cuanto a las respuestas "*Mucho peor de lo que esperaba*" y "*Peor de lo que esperaba*", se observa que, en promedio, guarda el mismo comportamiento que para los aspectos tangibles.

Con el fin de corroborar la relación entre ambos aspectos, se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson, el cual mostró que existe una correlación positiva del 83% entre ambos aspectos (tangibles e intangibles), lo cual indica que a pesar de que la calidad percibida es un fenómeno multifactorial y multicausal, la escala de percepciones y expectativas del SERVQHOS-E guarda relación lineal y directa entre ítems para medir el constructo de Calidad percibida de la atención de Enfermería.

En el presente estudio, del 100% encuestado, el 97% de los pacientes percibió como bueno los aspectos intangibles y el 96% percibió de igual forma, los aspectos tangibles de la atención de Enfermería durante su estancia en la Institución, resultados que están por debajo de los hallados por Cabarcas y Cols, quienes encontraron que la satisfacción relacionada con la presencia de elementos tangibles en la actividad de Enfermería,

¹⁷⁴ Óp. Cit. DÍAZ, R. 2002. Pág. 25.

¹⁷⁵ Óp. Cit. JIMÉNEZ y COLS. 2003. Pág. 59.

alcanzó 100% en apariencia pulcra del personal y limpieza de elementos materiales, y 93% en cuanto a la apariencia moderna de los equipos,¹⁷⁶ no obstante, González y Cols, encontraron que los ítems peor valorados fueron los incluidos en la dimensión de aspectos tangibles, indicando que el hábitat de la Institución es poco acogedora.¹⁷⁷

El estudio de Satisfacción del paciente realizado por Pujiola y Cols, reveló que los pacientes expresaron altos niveles de satisfacción en todas las escalas, sin embargo, entre los aspectos peor valorados figuran el espacio físico (la hostelería) y la calidad de la información, debido a que pocos centros hospitalarios disponen de estructuras atractivas y confortables, y ello, unido a la frecuente pérdida de la intimidad, a causa de la propia actividad hospitalaria, generando aún más insatisfacción.¹⁷⁸

Según Mira y Aranaz, citado por Barragán y Manrique, la satisfacción del usuario obedece más a la funcionalidad del servicio, la cual está relacionada con aspectos tangibles e intangibles dentro del mismo y obedece a mediciones de tipo corporativo en las instituciones. La calidad percibida por su parte apunta a una evaluación global y es pertinente puesto que permite la toma de decisiones gerenciales y condiciona la atención, al conocer las expectativas del usuario frente al mismo.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Óp. Cit. CABARCAS y COLS. 2009.

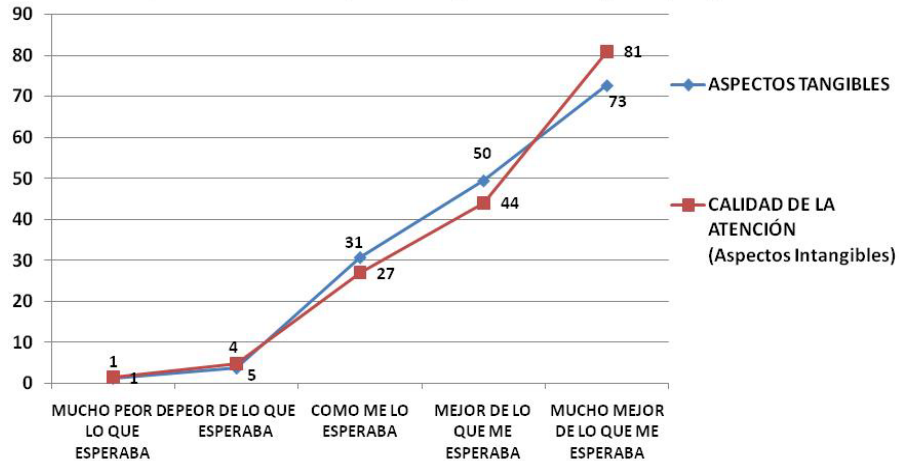
¹⁷⁷ Óp. Cit. GONZÁLEZ, MA y COLS. 2005.

¹⁷⁸ Óp. Cit. PUJIOLA y COLS. 2006. Pág. 24

¹⁷⁹ Óp. Cit. BARRAGÁN y MANRIQUE. 2010. Pág. 79.

5.2.8 Relación entre Aspectos Tangibles e Intangibles y Opciones de Respuesta

Gráfico N° 8. Comportamiento de Aspectos Tangibles e Intangibles de Calidad de la Atención de Enfermería por promedio de tipo de respuesta.



Fuente: Matriz de Ordenamiento de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

Teniendo en cuenta el gráfico, el comportamiento de respuesta entre aspectos tangibles e intangibles con referencia a la escala de puntuación para medir calidad percibida de la atención de Enfermería, evidencia que a pesar de haber diferencia explícita en el número de ítems de ambos aspectos, existe una relación directamente proporcional en cuanto a las opciones de respuestas negativas, es decir, el 3% equivalente en promedio a 1 y 5 pacientes, dieron respuesta de percepción negativa como *“Mucho peor de lo que esperaba”* y *“Peor de lo que esperaba”* respectivamente, a algunos ítems; lo que corrobora el hallazgo de que los pacientes percibieron en general buena calidad de la atención de Enfermería al ubicar la mayoría de sus respuestas por encima de la opción 3. Consecutivamente, en los aspectos tangibles se observa que el tipo de respuesta *“Como lo esperaba”* y *“Mejor de lo que esperaba”*, es más significativo frente a ese mismo tipo de respuesta en los aspectos intangibles, hallazgo que indica que a pesar de que la Estructura hospitalaria que influye en la atención de Enfermería es medida por menos ítems dentro de la escala, fue mayormente susceptible de ser percibida como buena por el 47% de los pacientes, sin embargo, finalmente el gráfico resalta que el 50% de los pacientes reconocieron las cualidades propias del personal de Enfermería durante el Proceso de atención, asignando una puntuación de 5 como máxima respuesta, lo que indica, en este sentido, haber recibido una atención *“Mucho mejor de lo que esperaba”*.

5.2.9 Resultados de Datos de Opinión

El tercer aparte del cuestionario presenta una serie de ítems que buscan determinar datos de opinión relacionados con la satisfacción global por la atención que brinda Enfermería, la recomendación que haría de la institución a otras personas, el uso del consentimiento para realizarle procedimientos, la opinión sobre el tiempo de internación, el conocimiento del nombre del personal de Enfermería que lo atendía, sobre la información entregada acerca de su estado de salud, conocimiento acerca del servicio en el que se encontró internado, su forma de ingreso a la IPS y si fue primera vez que se encontraba hospitalizado en la Institución durante ese año.

Tabla 7. Nivel de satisfacción global de la población de estudio, con la atención de Enfermería en la IPS pública de Barranquilla.

MUY SATISFECHO	48,7%
SATISFECHO	48,1%
POCO SATISFECHO	2,5%
NADA SATISFECHO	1%

Fuente: Base de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

En cuanto a la Satisfacción Global del paciente por la atención que el personal de Enfermería brinda en la institución objeto de estudio, se encontró que del 100% de los pacientes encuestados, el 48.7% manifestó estar *“Muy Satisfecho”*, el 48.1% manifestó estar *“Satisfecho”*, el 2.5% manifestó estar *“Poco Satisfecho”* y el 1% *“Nada Satisfecho”*, lo cual quiere decir que el 96.8% del total de la población encuestada tiene un nivel de satisfacción alto con relación a la atención que brinda Enfermería en la IPS, aspecto que guarda coherencia con relación al 96% de Calidad Percibida encontrada; resultado que está por encima del expresado por Govin y Cols, quienes encontraron que en el Hogar Materno de San Nicolás el 80,8% de las pacientes encuestadas se encontraron satisfechas con la atención y solo el 19,2% manifestaron insatisfacción¹⁸⁰, de igual forma Cabarcas y Cols, encontraron que la satisfacción del paciente con relación a la atención de Enfermería que se brinda en una IPS de Cartagena fue del 85%¹⁸¹.

¹⁸⁰ GOVÍN y COLS. Calidad de la Atención de Enfermería. Hogar Materno de San Nicolás. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2002;8(1)

¹⁸¹ Óp. Cit. CABARCAS y COLS. 2009.

Verdugo y Cols, encontraron que el 92.5% de las pacientes con cáncer mamario estuvieron satisfechas con la atención de Enfermería¹⁸², al igual que, González y Cols quienes manifiestan haber encontrado una satisfacción del usuario razonablemente alta; sin embargo, existen estudios con resultados más altos que el presente, tal es el caso del encontrado por Carrillo y Cols, quienes revelan que el 99.1% de los pacientes encuestados se encontró satisfecho con la atención de Enfermería en el Centro de Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguro Social.¹⁸³

En cuanto al estar poco y nada satisfecho con la atención de Enfermería, los resultados son coherentes con lo encontrado por Mira y Cols, quienes evidencian en su estudio que solamente el 3% se declaró muy insatisfecho.¹⁸⁴

En Barranquilla, Palmet encontró que de las cinco instituciones en las que hizo el estudio, la satisfacción del paciente con relación a la atención de Enfermería fue Buena,¹⁸⁵ mientras que Christoph y Abaúnza encontraron que de las cinco instituciones en las que evaluaron Calidad de la Atención de Enfermería, solo una logró catalogarse con buena calidad, alcanzando un puntaje de 27.1 de 30, las otras cuatro alcanzaron calificaciones regulares.¹⁸⁶

De acuerdo con Puebla y Cols, la calidad de la atención que ofrece el personal de Enfermería se debe reflejar en la satisfacción del paciente que la recibe¹⁸⁷, puesto que obtener este tipo de resultados se convierte en un indicador de calidad bastante significativo, ya que Enfermería es uno de los recursos en salud más grande, sobre el cual gira la totalidad de la atención y al que los usuarios juzgan con mayor facilidad por permanecer mayor tiempo y establecer mayor contacto durante la atención.

¹⁸² VERDUGO, A. ESPARZA, R. MAGAÑA, A. ARIZONA, M. Factores que influyen en la calidad de atención de Enfermería en pacientes con carcinoma mamario. *Rev. Enferm Inst. Mex Seguro Soc.* 2011; 19 (1): 15-19.

¹⁸³ CARRILLO, M. MARTÍNEZ, LE. MENDOZA, JR. SÁNCHEZ, A. YÁÑEZ, R. RIVERA, RV. CABALLERO, R. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de Enfermería. *Rev. Enferm Inst. Mex Seguro Soc.* 2009; 17 (3): 139-142.

¹⁸⁴ MIRA, JJ. BUIL, J. ARANAZ, J. VITALLER, J. LORENZO, S. IGNACIO, E. RODRÍGUEZ, J. AGUADO, H. GIMÉNEZ, A. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit* 2000; 14(4):291-293. Pág. 293.

¹⁸⁵ Óp. Cit. PALMET, MM. 2007.

¹⁸⁶ Óp. Cit. CHRISTOPH y ABAÚNZA. 2006. Pág. 65

¹⁸⁷ Óp. Cit. PUEBLA y COLS. 2009. Pág. 101.

Tabla 8. Recomendación del Hospital por parte de la población de estudio, por la atención de Enfermería que se brinda en la IPS pública de Barranquilla.

SIN DUDARLO	97%
TENGO DUDAS	2%
NUNCA	1%

Fuente: Base de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

En cuanto a Recomendar el hospital a otras personas por la atención de Enfermería que se brinda en el mismo, el 97% lo haría sin dudarlo, lo cual indica una relación directamente proporcional con el nivel de satisfacción global; solo el 3% tiene dudas y nunca recomendaría el hospital, resultado que corrobora lo explicado por Barragán y Manrique, al demostrar que existe alta correlación entre ambos ítems.¹⁸⁸

No obstante, el presente resultado es totalmente contrario al encontrado por Mira y Cols, quienes expresan que los resultados obtenidos en la variable “Recomendar el Hospital” fue inesperado, debido a que la cifra de pacientes que no recomendarían el hospital donde estuvieron ingresados fue elevada.¹⁸⁹

Con relación a las demás preguntas de opinión, El 90% afirma que el personal de Enfermería no le ha hecho ningún tipo de procedimiento sin su permiso, mientras que el 10% alude que si, lo que refleja que el equipo de Enfermería en su gran mayoría si informa al paciente sobre los procedimientos a realizar pero debe hacerlo siempre y con cada uno en particular, teniendo en cuenta la individualidad del cuidado.

El 86% de los pacientes considera que ha estado hospitalizado el tiempo necesario para su recuperación, solo el 14% manifestó haber estado menos ó más del tiempo necesario en la Institución, respuesta coherente con lo observado en el servicio acerca de las demoras y prolongaciones en la valoración por parte de algunas especialidades y subespecialidades médicas, situación que afecta la calidad de la atención porque dentro de las actividades de coordinación con otros servicios, Enfermería media que la atención sea integral y oportuna.

En cuanto a la pregunta sobre si conocían el nombre de la Enfermera que lo atendía en cada turno, el 68% dice que no, mientras que el 32% dice que sí; aspecto que deberá

¹⁸⁸ Ibíd. BARRAGÁN y MANRIQUE, 2010. Pág. 82

¹⁸⁹ Óp. Cit. MIRA y COLS. 2000. Pág. 293.

fortalecerse a partir de éste hallazgo, porque darle al paciente la oportunidad de que conozca el nombre de la persona que cuida de él es una forma de mostrar comunicación efectiva, no obstante, en otros estudios también se evidencia similar comportamiento, tal es el caso de González y Cols, quienes muestran que solo el 44,9% de los pacientes conocía el nombre de su Enfermera, resultado que no es muy significativo en función de buena comunicación Enfermero-paciente, pero que aún así está por encima del hallado en el presente estudio.

El 83% acepta que ha recibido suficiente información sobre su estado de salud, pero llama la atención que hay un 17% que se considera no informado lo suficientemente sobre su estado de salud por parte del personal de Enfermería; aspecto que tiene una relación directamente proporcional con la pregunta acerca del conocimiento que tenía el paciente sobre el servicio en el que se encontraba internado; 50 de los 158 pacientes encuestados tenía idea de ello, mientras que los 108 restantes no tenían idea del servicio en el que se encontraban internados, lo cual indica que los pacientes no están del todo bien informados, comprobándose al analizar que todo este 17% que se considera desinformado, hace parte de los pacientes que no tenían ninguna idea del servicio en el que se encontraban internados, aspecto de gran responsabilidad por parte de Enfermería porque se podría orientar mejor al paciente dentro de la institución y mejorar la comunicación paciente – Enfermería.

Algunos estudios evidencian que uno de los aspectos por los cuales los pacientes perciben como mala la calidad de atención de Enfermería y se sienten insatisfechos, es por la falta de información acerca de su estado de salud,¹⁹⁰ hallazgo que se puede mejorar mediante el establecimiento de una comunicación efectiva enfermero-paciente y enfermero-equipo de salud.

Según el tipo de ingreso al Hospital, se encontró que el 48% lo hace por Remisión de otra institución pública de primer, segundo o tercer nivel de atención, esto se debe a que la IPS es la única institución pública de cuarto nivel de la ciudad, y cuenta con la mayoría de los servicios de atención básica y especializada, además que se encuentra en el centro de la ciudad de forma estratégica y accesible al servicio de salud; el 29% ingresa de forma programada a través de los servicios ambulatorios, consulta externa y/o consulta especializada, y el 23% ingresa por Urgencias; cabe mencionar que el servicio

¹⁹⁰ Óp. Cit. PUEBLA y COLS, 2009. Pág. 99.

de urgencia no funciona como tal en la institución, sino que existe el servicio de Urep (Unidad de Recepción y Evaluación de Pacientes), el cual es un servicio especial encargado de recibir, evaluar y estabilizar a los pacientes que vienen remitidos de otras instituciones, sin embargo, cuando se presentan urgencias se le da la atención requerida, se estabilizan y se define conducta médica hospitalaria dado el caso. Motivo por el cual se decidió incluir porque este servicio cuenta con 22 camas de las cuales algunas son utilizadas para internar pacientes por más de dos días (cuando no hay disponibilidad de camas en los otros servicios), y cuyos egresos son reportados dentro del censo estadístico como una prolongación de los servicios de hospitalización.

La pregunta acerca del número de veces que había estado internado en el hospital durante este año, se encontró que el 90% ha estado internado una sola vez en el hospital, y solo el 10% ha estado internado por más de 2 veces durante ese mismo año, lo cual indica que la mayoría de los pacientes vivió por primera vez la experiencia de estar hospitalizado en la Institución, y por lo tanto, sus respuestas reflejan su primera experiencia con la atención del personal de Enfermería.

Esta pregunta toma importancia al reconocer que cuando un usuario ha tenido experiencias previas de atención y hospitalización en la misma institución de una forma frecuente, por lo general, ya tiene ideas acerca de cómo es la prestación del servicio de salud, por tanto, su opinión podría ser influenciada teniendo en cuenta la experiencia pasada; aspecto que en el presente estudio, carece de significancia dado que la mayoría de los pacientes manifestó estar por primera vez y nunca antes haber recibido la atención de Enfermería en la Institución.

5.2.10 Caracterización Demográfica de la Población

La descripción demográfica de la población encuestada está contemplada en la cuarta parte del cuestionario; de los 158 pacientes encuestados el 45% egresó del servicio de Quirúrgica por ser uno de los servicios más grandes de la Institución que cuenta con un total de 60 camas divididas en dos pisos (4 y 6), además, porque la característica del servicio es tratar, en su mayoría, pacientes postquirúrgicos que no presentan enfermedades crónicas que prolongue su estancia, el 34% egresó del servicio de Medicina Interna, el 12% de Clínicas integradas, y el 9% de la Urep.

Tabla 9. Distribución porcentual por Sexo, de la población de estudio en IPS pública de Barranquilla.

SEXO	PORCENTAJE	MEDIA
MUJER	56%	48 años
HOMBRE	44%	49 años

Fuente: Base de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

De la población total encuestada, el 56% son mujeres y el 44% son hombres, con una media de 48.5 años de edad; dicha media resulta debido a que el rango mínimo de edad de la población encuestada en los servicios de hospitalización es de 18 años y el rango máximo es de 84 años.

Según la literatura, la variable sexo influye en la percepción que cada paciente pueda llegar a tener de la atención que brinda Enfermería en las instituciones¹⁹¹, sin embargo, para el presente estudio no se encontró dicha relación, por lo que guarda coherencia con el estudio de Mira y Cols, el cual mostró que el sexo no se relaciona con el nivel de calidad percibida, ni con el nivel de satisfacción¹⁹².

Tabla 10. Distribución porcentual de la población de estudio según variables demográficas: Estado laboral, estado civil y nivel de estudios; IPS pública de la ciudad de Barranquilla.

Estado actual	%	Estado Civil	%	Estudios	%
Pensionado	0%	Soltero (a)	23%	Sin Estudios	9%
Desempleado	31%	Casado (a)	32%	Primarios	44%
Empleado	9%	Viudo (a)	8%	Bachillerato	39%
Hogar	46%	Separado (a)	8%	Técnicos	3%
Estudiante	8%	Unión Libre	28%	Universitarios	4%
Trabajador Independiente	6%				

Fuente: Base de datos en Excel de Encuestas realizadas en la IPS objeto de estudio durante los meses: Agosto, Septiembre y Octubre del 2011.

En cuanto al estado actual (Ocupación), se encontró que el 46% se dedica al hogar, el 31% se encuentra desempleado y solo el 9% está empleado, situación acorde con el alto

¹⁹¹ Óp. Cit. UTRILLA, N. 2009. Pág. 28

¹⁹² Óp. Cit. MIRA y COLS. 2000. Pág. 1.

índice de desempleo en la región y el país; el 8% estudia, aspecto que puede estar relacionado con las características de la población atendida en la Institución detectada en la fase de recolección, y el 6% trabaja de forma independiente, sin embargo, llama la atención que no hay personas pensionadas, es decir, a pesar de que el 46.8% de los 158 pacientes encuestados pertenecen al grupo etario de adultos mayores de 50 años, ninguno cuenta con algún tipo de pensión como respaldo económico, situación que hace que la demanda de hospitalización y consultas de salud en Instituciones públicas, por parte de esta población con enfermedades crónicas, sea alta, debido a que tampoco hay un sistema de aseguramiento contributivo con EPS privadas.

El 32% son casados, el 28% viven en Unión Libre, el 23% son Solteros, el 16% se encuentran en estado civil Viudo y Separados, lo cual indica que el 60% de los encuestados tiene una pareja estable.

Teniendo en cuenta las características de la población atendida en la IPS, con relación al nivel de estudios se encontró que el 44% ha realizado estudios primarios, el 39% estudios secundarios, solo el 7% han realizado algún tipo de estudio técnico y/o universitario, y el 9% no ha ingresado a la educación de ningún nivel, cifra que podría llegar a preocupar porque, de acuerdo a la literatura, el nivel educativo es uno de los factores influyentes en la percepción de calidad de atención y satisfacción del usuario, sin embargo, es menester recalcar que a pesar de que ese 9% de la población se encuentra sin estudios, todos los 15 pacientes con este hallazgo tenían conocimiento empírico acerca del saber leer y el firmar por lo menos su nombre, razón por la cual hicieron parte del estudio y no se excluyeron.

6. Capítulo 6: Conclusión y Recomendaciones

6.1 Conclusión

En el presente estudio de investigación se encontró que la Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por los pacientes hospitalizados en una IPS pública de la ciudad de Barranquilla, habiendo sido evaluada mes a mes durante un trimestre mostró una tendencia buena en un 95%, resultado que guarda coherencia con otros estudios que evidencian porcentajes de calidad percibida dentro del intervalo de 60% a 100%; además, dicha percepción está relacionada directamente con el nivel de satisfacción global que tienen los pacientes atendidos.

Se encontró un nivel de Satisfacción Global de 96.8% y un porcentaje de Recomendación del Hospital del 97%, lo cual, según la teoría de Desconfirmación de expectativas de Oliver, indica altos niveles de calidad percibida en la IPS.

Es importante señalar que el SERVQHOS original, diseñado por Mira y Aranaz, es un instrumento que ha sido utilizado en más de cinco investigaciones sobre Calidad Percibida, mientras que el SERVQHOS-E, es un cuestionario validado recientemente en Colombia para medir Calidad percibida de la atención de Enfermería, por tanto, los hallazgos del presente estudio permiten mostrar la eficacia del mismo en la medición del fenómeno, pero también permite identificar aspectos relevantes de la calidad de atención de Enfermería desde el punto de vista del usuario, es decir, desde la percepción que cada uno de los pacientes tuvo en un tiempo determinado con el equipo de Enfermería durante la atención en la IPS pública centro de estudio.

De igual forma, en la revisión para la presente investigación se evidenció que si bien existen estudios similares a nivel nacional e internacional, éstos han utilizado instrumentos con diferentes dimensiones para la medición de la satisfacción y la calidad percibida, así como sus escalas de medición y número de ítems que particularizan los aspectos específicos al interior del constructo. Por lo anterior no es posible comparar los resultados obtenidos en el presente estudio.

Este es el primer estudio, a nivel nacional, que utiliza el instrumento SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de Enfermería después de haber sido validado en Colombia, lo cual obligó al investigador a crear una base de datos para el procesamiento de la información, la cual se elaboró en el programa Epi-Info 3.5.3 versión 2011.

Los resultados se entregaron en primera instancia a la Institución centro del estudio, lo cual le ha permitido con base en los hallazgos encontrados, establecer una ruta de intervención para mejorar aspectos relacionados con la atención de Enfermería y que son susceptibles de ser percibidos por los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización.

La divulgación posterior se hará mediante un artículo de investigación para publicación, que sirva de insumo a futuros estudios de investigación sobre el tema de Calidad percibida de la atención de Enfermería en las Instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Se entregará un segundo artículo de revisión minuciosa de todos los instrumentos que miden calidad en Salud y calidad en Enfermería, con el fin de presentar a la comunidad académica y científica un panorama de los diferentes instrumentos validados a nivel nacional e internacional, con el propósito de mostrar un documento de soporte que sirva de referencia para investigaciones que pretendan medir calidad percibida en el contexto hospitalario.

6.2 Recomendaciones

Para la Institución centro del estudio.

1. Evaluar sistemáticamente la calidad de la atención de Enfermería con base en la percepción de los pacientes y analizar la tendencia de los resultados, con el fin de revisar, fortalecer y/o mejorar los factores que determinan la calidad de la atención en la Institución.
2. Es importante resaltar que el instrumento SERVQHOS-E mide calidad percibida por parte de los pacientes, por tanto, se debe complementar con otros instrumentos idóneos a fin de acopiar toda la información que debe tenerse para garantizar además la calidad técnico científica planteada por Donabedian, así como otras medidas entre las que se sugieren las opiniones de los propios profesionales del hospital.

3. Se recomienda que la IPS centro de estudio establezca una cultura de investigación en todos los procesos internos que permitan el mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en cuenta su participación como Hospital seguro en el ámbito nacional.
4. Se recomienda sensibilizar al personal de Enfermería en cuanto a aspectos de interrelación terapéutica, con el propósito de mejorar la comunicación y coordinación con el resto del equipo y los usuarios para ofrecer una mejor atención.

Para futuras Investigaciones.

5. Realizar estudios comparativos con otras instituciones públicas de la ciudad o el país para determinar los factores que inciden positiva o negativamente en la calidad de la atención de Enfermería.
6. Seguir utilizando el Instrumento SERVQHOS-E para evaluar la calidad de la atención de Enfermería percibida por el paciente y con esto seguir comprobando la confiabilidad del instrumento, no obstante, se recomienda previa validez en el contexto teniendo en cuenta las diferentes culturas.
7. Teniendo en cuenta que el instrumento SERVQHOS-E solo se ha utilizado en instituciones públicas, se recomienda utilizarlo en Instituciones privadas de salud para comprobar y/o correlacionar resultados, teniendo en cuenta las características de los pacientes atendidos, hospitalizados y el sistema de organización de los servicios de Enfermería.
8. Se sugiere que en la formación del pregrado en Enfermería se fomente la inclusión de temáticas relacionadas con la evaluación y medición de la calidad de la atención de Enfermería, como también el uso de instrumentos confiables y validados para tal fin, con el objetivo de fomentar el mejoramiento continuo desde la práctica formativa y profesional de Enfermería.

A. Anexo: Cuestionario SERVQHOS-E

SERVQHOS – E: CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Basándose en su experiencia señale si la calidad de la atención de enfermería que le ha proporcionado el Hospital ha sido mejor o peor de lo que esperaba. Si cree por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR, de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR, de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 5 y así sucesivamente.

Clave respuesta	La calidad de la atención de enfermería ha sido:				
	Mucho peor de lo que esperaba	Poor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba
	1	2	3	4	5

Marque con una X en la casilla que mejor refleje su atención:

Indique su nivel de satisfacción global con la atención de enfermería que ha recibido durante su estancia en el Hospital:

Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Nada Satisfecho

¿Recomendaría este Hospital a otras personas por la atención que brinda el personal de enfermería?

Sin Duda Tengo Dudas Nunca

¿Le han practicado las enfermeras pruebas o procedimientos sin su permiso?

SI NO Algunas Vezes

A su juicio ha estado internado/a en el Hospital:

Menos de lo necesario El tiempo Necesario Más de lo Necesario

¿Conoce el nombre de la enfermera que lo atendió en cada turno?

SI NO

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre su estado de salud por parte del personal de Enfermería?

SI NO

Durante su hospitalización estuvo en el servicio de: _____

El ingreso al Hospital se produjo:

Programado Por Urgencias Por Remisión

Número de veces que ha estado/ingresado en este Hospital en este año

En el hospital:

1. La tecnología de los equipos que utilizan las enfermeras para hacer su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
2. La apariencia (presentación personal) del personal de enfermería ha sido	1	2	3	4	5
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a donde dirigirse en los servicios del hospital ha sido	1	2	3	4	5
4. El interés de las enfermeras por cumplir lo que le promete ha sido	1	2	3	4	5
5. El estado en que están las habitaciones del hospital (apariencia y comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
6. La información que las enfermeras proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
7. El tiempo de espera para ser atendido por la enfermera cuando usted requiere algo ha sido	1	2	3	4	5
8. El interés de las enfermeras por solucionar sus problemas ha sido	1	2	3	4	5
9. La puntualidad de las enfermeras en atenderlo ha sido	1	2	3	4	5
10. La rapidez con que consigue lo que necesita o pide el personal de enfermería ha sido	1	2	3	4	5
11. La disposición de las enfermeras para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
12. La confianza (seguridad) que las enfermeras transmiten a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
13. La amabilidad (cortesía) de las enfermeras en el trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
14. La preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido	1	2	3	4	5
15. El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
16. La capacidad del personal de enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5

SERVICIOS – E CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Adaptación para Colombia: Julián A. Barragán

Original: José J. Mira Solves, Jesús Ma Aranaz Andrés.

Estimado Sr. / Sra.:

Quienes trabajamos en el Hospital estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad del servicio de Enfermería que se le ha ofrecido durante su estancia en el mismo. Por este motivo nos permitimos dirigimos a Ud. Con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda serán de gran utilidad para que podamos mejorar la calidad de la atención.

Por supuesto que su colaboración es **totalmente voluntaria y completamente anónima**. Todo lo que diga será tratado de forma **absolutamente confidencial**.

Una vez que haya contestado a todas las preguntas puede devolver la encuesta.

Le agradecemos muy sinceramente su interés al leer esta carta y su atención para con nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Por favor rellene o marque con una X las siguientes casillas:

Indique si es HOMBRE Estado Civil Soltero/a
 MUJER Casado /a
 Viudo /a
 Separado /a
 Unión Libre

Estudios Terminados:

Sin Estudios Primarios Bachillerato Técnicos
 Universitarios

Actualmente usted está:

Pensionado Desempleado Empleado Hogar
 Estudiante Trabajador independiente

Utilice este espacio si quiere hacernos llegar alguna sugerencia

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

B. Anexo: Consentimiento Informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetado(a) participante:

A continuación encuentra información relacionada con el proyecto de investigación **CALIDAD DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA PERCIBIDA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA IPS PUBLICA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**, proyecto para el cual espero contar con su participación.

El objetivo de este proyecto es determinar la calidad de la atención de Enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en una IPS pública de la ciudad de Barranquilla, en el periodo Junio – Diciembre de 2011 y se desarrolla como requisito para que el investigador **YEIS MIGUEL BORRÉ ORTIZ**, obtenga el título de Magíster en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia.

Con el trabajo se busca contribuir con la profesión de Enfermería y con la Institución hospitalaria, puesto que al identificar los aspectos que afectan la calidad de la atención desde el servicio prestado por el personal de Enfermería se pueden mejorar tales aspectos y ofrecer a la comunidad mejores servicios de salud.

Para ello, se espera que usted participe en esta investigación respondiendo las preguntas que encontrará en el cuestionario adjunto. Estas preguntas tienen que ver con cómo usted cree que lo atendieron, con qué elementos contaron las personas en la institución y si quedó satisfecho y recomendaría a otros ésta institución.

Es importante que comprenda que responder a este cuestionario no implica ningún riesgo para usted. Si decide participar en ésta investigación, sus respuestas no las conocerá nadie en la institución y por ello no tendrá que escribir su nombre ni firmar el cuestionario. Además el investigador procurará que usted este solo mientras lo contesta, para que pueda responder las preguntas tranquilamente. De igual forma usted puede dejar de contestar el formulario en cualquier momento si desea **no** continuar participando en el estudio.

Como ninguna persona del hospital conocerá las respuestas que usted dio, esto no afectará ni positiva ni negativamente la calidad con la que seguirá siendo atendido en el hospital.

Recuerde que su participación en esta investigación es **totalmente voluntaria** y que la firma que se le pide al finalizar este formato NO le obliga de manera alguna a permanecer en la investigación hasta que esta finalice. Puede usted formular las preguntas que tenga antes de diligenciar el cuestionario o durante su diligenciamiento.

Los resultados de esta investigación se consignarán en el documento de tesis de Maestría que está desarrollando el investigador y en los artículos que se publiquen en revistas sobre el tema.

Si usted acepta participar en este proyecto, se compromete a decir la verdad, para garantizar que la investigación sea útil a la sociedad.

Es necesario aclarar que ni usted ni el investigador recibirán dinero por la realización de este estudio y que si en algún momento Usted siente que alguno de sus derechos ha sido vulnerado puede informarlo a la dirección de la Institución donde está hospitalizado.

Si usted acepta participar en este proyecto, le agradezco diligenciar los siguientes datos:

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **CALIDAD DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA PERCIBIDA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA IPS PUBLICA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado que participar en esta investigación no me representará inconvenientes, molestias, ni beneficios.


El Investigador se comprometió a darme información, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee sobre el cuestionario que diligenciaré.

Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la manera como soy tratado por el personal de Enfermería.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre del participante: _____

Identificación: _____


YEIS MIGUEL BORRÉ ORTIZ
CC. 72.330.180 de Barranquilla
Investigador Principal

Números telefónicos del investigador responsable: 311 4072669 - 315 5190684 - 3240590

**C. Anexo: Autorización del
Cuestionario SERVQHOS-E y
Solicitud de Autorización
Institucional**

Tunja, Abril 22 de 2011

Señor.

YEIS MIGUEL BORRÉ

Investigador en Enfermería

Barranquilla.

Ref.: Permiso para utilización del Instrumento SERVQHOS-E

Por medio de la presente se autoriza el uso del instrumento **SERVQHOS – E** validado en Boyacá – Colombia, y publicado en la Revista Avances en Enfermería en el 2010; con el fin de utilizarlo en la recolección de información del proyecto de investigación denominado **“CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PERCIBEN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRES IPS DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA”**.

Adjunto el instrumento.

Cordialmente;



JULIAN ANDRÉS BARRAGÁN B.

Magister en Enfermería

Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia



Facultad de Enfermería
Grupo Académico Gerencia en Salud y Enfermería

Barranquilla, Abril 11 de 2011

Doctor
PEDRO GOMEZ
Jefe Docencia - Servicio
E.S.E. CARI Alta Complejidad
La Ciudad.

Respetado Doctor Gómez.

Reciba usted un cordial saludo con el deseo por una gestión exitosa tanto profesional, como personal.

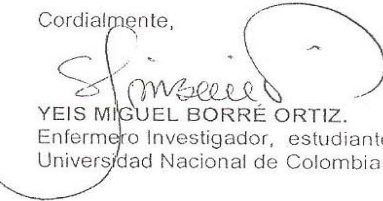
A través de la presente me dirijo a usted muy respetuosamente con el fin de solicitarle autorización y aval institucional para la realización del estudio de investigación titulado "CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PERCIBEN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS," el cual he propuesto como estudiante de la Maestría en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería, desarrollado en convenio con las Universidades: Nacional de Colombia y Simón Bolívar.

Consciente de la dinámica de los procesos asistenciales y los nuevos retos a los que cada día se enfrentan las Instituciones de Salud, la tesis de investigación está enfocada a determinar la calidad de la atención de enfermería que perciben los usuarios de los servicios de hospitalización en tres Instituciones de la ciudad de Barranquilla, teniendo en cuenta que es el personal de enfermería quien permanece más tiempo y establece mayor contacto con el usuario que recibe el servicio.

Con el conocimiento logrado a través del estudio, se podrán establecer lineamientos para una propuesta de intervención que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la atención que brinda Enfermería en las IPS y en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGSS).


Agradezco de antemano su amable atención a la presente solicitud, y quedo a la espera de una respuesta positiva.

Cordialmente,


YEIS MIGUEL BORRÉ ORTIZ.
Enfermero Investigador, estudiante convenio suscrito entre:
Universidad Nacional de Colombia y Universidad Simón Bolívar


V^oB^a. YOLANDA VEGA VEGA
Enfermera Magister en Salud Pública
Especialista en Gerencia Social
Directora de Tesis
Universidad Nacional de Colombia

PD: Se anexa Propuesta de Investigación.


Docencia 12/04
12:00

Bibliografía

1. ABAÚNZA M, CASTELLANOS Y, GARCÍA L, GÓMEZ J. ¿Cuál es la productividad de Enfermería? Revista Avances en Enfermería. 2008; 26(2):91–97.
2. ACOSTA Z. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y Gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004 – 2007
3. ALONSO, R. BLANCO, MA. GANOSO, P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de Enfermería. Revista Calidad Asistencial. España. 2005; 20(5): 246-50.
4. American Society for Quality Control. Disponible en: <http://asq.org/>
5. ANDRADE, V. MARTÍNEZ, C. SACO, S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del Hospital de apoyo N° 1 – Minsa – Cusco de Noviembre de 1999 a Enero del 2000. SITUA. 2000; 8(16): 17-25.
6. ANTUNES, AV; TREVIZAN, MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de Enfermagem. Rev. Latinoam. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2000; 8(1):35-44.
7. ARCELAY, A., LORENZO, S., BACIGALUPE, M., MIRA, J.J., y COLS. Adaptación de un modelo de gestión de Calidad Total al sector sanitario. Revista de Calidad Asistencial, 2000; 15: 184-191.
8. ARDILA, A. GARAY, G. Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de Unisalud. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2006.
9. ARIZA C, DAZA R. Sobre Calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de tercer nivel en Bogotá. Actualizaciones en Enfermería. 2005; 8(3):8-14
10. ARIZA C, DAZA R. Calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado. 1º ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

11. ATTEWELL A. Florence Nightingale (1820–1910). *Revista Perspectivas de la UNESCO/OIE*. 1998; 28(1):173–189.
12. BARRAGÁN, J. MANRIQUE, FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para Enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances en Enfermería*. 2010; 28(2): 48-61.
13. BERNAL, D. GARZÓN, N. Eventos adversos durante la atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. Tesis de Grado. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC. 2008.
14. BETANCOURT, Y. MAYO, JC. La Evaluación de la Calidad del Servicio. *Revista Contribuciones a la Economía*. Universidad de las Tunas, Cuba. 2010. ISSN 1696-8360.
15. BOND, S. THOMAS, L. Issues in measuring outcomes of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1991, 16, 1492-1502.
16. BOND, S. THOMAS, L. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; 17, 52-63.
17. CABARCAS, IN, MONTES, A, ORTEGA, G. Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de Enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Actualizaciones en Enfermería*. 2009; 12.
18. CABRERO J, RICHART M, REIG A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clin*. 1995; 5: 190-8.
19. CALIGIORE. I, DÍAZ JA. Satisfacción del usuario del área de Hospitalización de un Hospital de Tercer Nivel. Mérida. Venezuela. *Enfermería Global*. 2003;(2):1 - 11.
20. CAMINAL J, y COLS. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial*. Barcelona. 2001; 16:276–279.
21. CÁRDENAS. L, y COLS. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. 2008.
22. CARRILLO, M. MARTÍNEZ, LE. MENDOZA, JR. SÁNCHEZ, A. YÁÑEZ, R. RIVERA, RV. CABALLERO, R. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de Enfermería. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009; 17 (3): 139-142.

23. CARVALLO, B. citada por: Pablo Correa. Las colombianas entre las más buscadas, Enfermeras en Plan de Fuga, Artículo del Espectador.com, Edición On line, Octubre 2008. Disponible en: www.elespectador.com/impreso/articuloimpreso84749-enfermeras-plan-de-fuga
24. CASTILLO, L. DOUGNAC, A. VICENTE, I. MUÑOZ, V. ROJAS, V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un Centro Hospitalario Universitario. Revista Médica de Chile. 2007; 135: 696-701
25. CENTENO, EA. Metodologías estadísticas en el contexto del ciclo DMAMC de Seis Sigma para la mejora de la calidad en los procesos de servicio Capítulo 2 Definición operacional de la calidad en los servicios. Tesis en opción al título de Licenciado. Universidad de Las Américas, Puebla, México. 2005. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/centeno_g_ea/capitulo2.pdf
26. Colegio de Enfermeros del Perú, Consejo Nacional. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima – Perú. 2008.
27. COLMENARES, O. SAAVEDRA, JL. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. Técnica Administrativa. 2007; 6(4). ISSN 1666-1680.
28. CRUZ, J. Historia de la calidad, en Excellentia, pp. 8 – 14, Disponible en: <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm>
29. CHIAVENATO, I. Introducción a la Teoría General de la Administración. Cuarta Edición, 1995. McGraw Hill – Interamericana, Santafé de Bogotá. Colombia.
30. CHRISTOPH, R. ABAUNZA, M. Determinación de la Calidad de la atención del profesional de Enfermería en servicios de Hospitalización de las Instituciones prestadoras de salud especializadas en salud mental y psiquiatría de la ciudad de Barranquilla. Tesis de Maestría, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2006.
31. DEMING WE, MEDINA JN. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos; 1989
32. DÍAZ, R. y COLS Calidad en el Servicio. Manual de Calidad Asistencial. SESCOAM, Castilla la Mancha. 2009.
33. DÍAZ, R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(1):22-9.

34. DONABEDIAN, A. La Calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Revista Calidad Asistencial. 2001; 16:580-587
35. DONABEDIAN A. The quality of care. JAMA. 1988; 260:1743-8.
36. DONABEDIAN A, Zurita B. Calidad Asistencial. Revista Jano. 1989; 34:27 35–42.
37. DONABEDIAN A. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. American Journal of Public Health. 1969;59(10):1833
38. DUQUE, E.J. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición”. Revista Innovar. 2005; 25(15): 64-80.
39. DURÁN. E, CUERVO. MP, ECHEVERRI. S. Desarrollo de la Enfermería en Colombia. Acto de reconocimiento. Revista [Actualización en Enfermería](#). 2004; 7(1):24-30.
40. DURÁN, MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. 1º ed. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.
41. GAVIRIA, DL. La Evaluación del cuidado de Enfermería: un compromiso disciplinar. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1):24-33.
42. EVANS, JR. LINDSAY, WM. FRAGOSO, FS. DÍAZ, GH. Administración y control de Calidad. Thompson. 2000. Pág. 13.
43. GÓMEZ, C. Las mujeres y el cuidado de la salud y de la vida. Cátedra Manuel Ancízar, El cuidado de la vida. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC. 2007. Pág. 95.
44. GÓMEZ, M. CASTAÑÓN, MI. Evaluación de la Calidad de la Atención de Enfermería en el 2º nivel de Atención por la Jefe de piso. Revista de Enfermería. IMSS, Puebla-México. 1991; 4(2-3): 105-108.
45. GONZÁLEZ, MA. PADIN, S. RAMÓN, E. Satisfacción del paciente con la atención de Enfermería. Enfermería Clínica. 2005;15(3):147-55
46. GOVÍN, J. TORRES, M. REGALADO, D. Calidad de la Atención de Enfermería. Hogar Materno de San Nicolás. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2002;8(1)

47. GRAJALES, R. La gestión del cuidado de Enfermería. *Índex de Enfermería*. 2004; 13(44-45):42–46.
48. GUTARRA, VA. Implementación de los Círculos de calidad en el Instituto Superior Tecnológico – ITEC. Tesis de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima. 2002.
49. HALL JA, DORNAN MC. Patients sociodemographics characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990; 30:811-8.
50. HERNÁNDEZ, R. y COLS. Metodología de la Investigación. 3ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2003.
51. HUBER, D. Mejora en la Calidad y control de riesgos, en: *Liderazgo y Administración en Enfermería*. 1 Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1999.
52. IRURITA, V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*. 1999; 5(2):86–94.
53. IRVINE, D. SIDANI, S. KEATINGS, M. DOIDGE, D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1): 29–39.
54. IRVINE, D. SIDANI, S. MCGILLIS, L. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic*, 1998; 16(2): 58–64.
55. ISHIKAWA K. ¿Qué es el control total de calidad? La Modalidad Japonesa. Traducido por Margarita Cárdenas. Editorial Norma; 2003.
56. JAMES RE, LINDSAY W. Administración y control de la calidad. México: International Thomson; 2000.
57. JIMÉNEZ. M, ORTEGA VMC, CRUZ AG, CRUZ CM, OTHERS. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista mexicana de Enfermería cardiológica*. 2003; 2:58–65.
58. JOHNSTON, R. The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management*. 1995; 6(5): 53-71.
59. JURÁN, JM. Jurán y la Calidad por el diseño. Edición Díaz de Santos. 1996. Madri – España.
60. LARRABEE, J. BOLDEN, L. Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care.

Journal of Nursing Care Quality. 200; 16(1):34–60.

61. LEFCOVICH, M. Kaizen – La gestión japonesa de la excelencia. Disponible en: <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040810083831.html>
62. LEININGER, M. Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados culturales, En: MARRINER, A. ALLIGOOD, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier – España. 2007.
63. LEININGER, M. MCFARLAND, MR. Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practice. McGraw-Hill: 2002.
64. LLINÁS, A. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la reforma del Sistema. Revista Salud Uninorte. 2010; 26 (1): 143-154.
65. LOZADA, M. RODRÍGUEZ, A. Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. Bogotá – Colombia. Cuad. Adm. 2007; 20(34): 237 – 258.
66. MACHUCCA, D. Calidad o excelencia "Una preocupación de la Gerencia". Revista Ciencia y Cuidado. 2006; 3(3):140.
67. MALVÁREZ, S. La regulación de la práctica y la educación en Enfermería. Nuevos determinantes. Presentación realizada durante el XIII CURSO OPS/OMS-CIESS Legislación de Salud: La Regulación de la Práctica Profesional en Salud. México, D.F. Septiembre, 2006.
68. MANOJLOVICH, M. Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. Journal of Nursing Scholarship, 2005; 37(4): 367-373.
69. MANRIQUE FG, OSPINA JM, MARTÍNEZ AF. ¿La salud: Servicio público o Derecho fundamental? Revista salud historia sanidad, on-line 2008; 3(2). ISSN 1909-2407.
70. MANRIQUE, FG. Validación del instrumento SERVQUAL para la medición de la calidad percibida en instituciones de salud en Boyacá. Tunja: Escuela superior de administración pública; 1998.
71. MEDINA, M. ¿La Estrategia hacia la Calidad en las Empresas?, Centro de Estudios Fiscales – CEFA S.C. México. 2005.
72. MÉNDEZ IA, TREVIZAN MA, LOURENÇO MR. La gerencia aclarada en el trabajo del enfermero. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2002; 704–708

73. MENDOZA, T. BRITO, N. GONZÁLEZ, Z. Evaluación de la Calidad de Atención de Enfermería en Hospitalización. Revista de Enfermería. IMSS, Puebla-México. 1988; 1(1) 21 – 27.
74. MIRA, JJ. ARANAZ, J. LORENZO, S. RODRÍGUEZ, J. MOYANO, S. Evolución de la Calidad Percibida en dos hospitales públicos. Revista Psicotherma, 2001; 13(4): 581 – 585.
75. MIRA, JJ. ARANAZ, J. RODRÍGUEZ, M. BUIL, AA. SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina preventiva 1998; 4(12):8.
76. MIRA, JJ. BUIL, J. ARANAZ, J. VITALLER, J. LORENZO, S. IGNACIO, E. RODRÍGUEZ, J. AGUADO, H. GIMÉNEZ, A. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Gac Sanit 2000; 14(4):291-293.
77. MIRANDA, F. Evolución del Concepto de Calidad. Disponible en: <http://mercado.unex.es/calidad/presentaciones/Capitulo1.pdf>
78. MIYAHIRA, JM. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista Médica Herediana. 2001; 12(3): 75 – 77.
79. MOLINER, B. La formación de la satisfacción / insatisfacción del consumidor y del comportamiento de queja: aplicación al ámbito de los restaurantes. Innovar, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 2008; 18(31): 29 – 43.
80. MORENO, E. CRIVELLI, V. KESTELMAN, N. MALÉ, M. PASSARELL, N. SCHAPIRA, E. VIÑAS, M. Calidad de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación. Proyecto UNI-Tucumán; Cátedra de Salud Pública. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. 2001.
81. NEWMAN, M. y COLS. The Focus of the Discipline of Nursing. Advances in Nursisg Science. 1991; 14(1): 1-5.
82. O'CONNELL, B. YOUNG, J. TWIGG, D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. International Journal of Nursing Practice 1999; 5. 72-77.
83. OLIVER, R. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research. 1980; 17(4): 460-9.
84. PABÓN, J. AGUILAR, R. Calidad del Cuidado de Enfermería brindado al adulto

mayor en el servicio de Medicina Interna en un Hospital de tercer nivel de Bogotá. Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá 2008.

85. PALMET, MM. Determinación de la calidad de atención del profesional de Enfermería en servicios de hospitalización de las instituciones prestadoras de salud de 3er. nivel de atención, privadas de Barranquilla. Revista ANEC. 2006. ISSN 0124-6003. Pág. 30-31.
86. PARASURAMAN, A. ZEITHALM, V. BERRY, L. Servqual: A multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. Retailing. 1988; 64:12-40.
87. PARRA, DI. ARANGO, GL. Validez y Confiabilidad de las escalas de Comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en Enfermería. Avances en Enfermería. Bogotá. 2010; 28(1): 51–62.
88. PASCUAL, M. Hábitos de compra y calidad de servicio (una aplicación en establecimientos de alimentación mediante diseño de encuesta). Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia. España, 2004.
89. PONCE, J. REYES, H. PONCE, G. Satisfacción laboral y calidad de la atención de Enfermería en una Unidad médica de alta especialidad. Rev Enferm IMSS 2006; 14 (2): 65-73.
90. PUEBLA, DC. RAMÍREZ, A. RAMOS, P. MORENO, MT. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de Enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17 (2): 97-102.
91. PUJIULA, J. SUÑER, R. PUIGDEMONT, M. GRAU, A. BERTRÁN, C. HORTAL, G. BARÓ, N. GARCÍA, T. ALGANS, L. ESTAÑOL, F. MASCORT, Z. La Satisfacción de los Pacientes Hospitalizados como Indicador de la Calidad Asistencial. Enferm Clin. 2006; 16(1):19-26.
92. QUISPE, AM. Opinión que tienen los usuarios del servicio de medicina genera sobre la calidad de la atención de la Enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis de Grado. Facultad de Medicina Humana, E.A.P. Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú-Lima. 2005.
93. RIVAS, L. TRONCOSO, P. URRRA, S. Evaluación de la calidad de servicios de salud para establecimientos autogestionados en red, Aplicado al Hospital Regional de Talca. Escuela de Administración. Universidad de Talca. 2004.
94. ROMERO, LC. DURAND, J. Percepción del paciente acerca de la calidad de

- atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Grado, Facultad de Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2008.
95. SAINZ, A. MARTÍNEZ, JR. ALONSO, M. AYUSO, B. CAAMAÑO, C. MARCO, A. MORÁN, I. ESTÉVEZ, J. Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. *Revista Calidad Asistencial* 2002; 17(5):284-291.
 96. SANGIOVANNI, R. Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de Enfermería. Centros de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP). Tesis de Maestría. 2004.
 97. SARMIENTO, G. y COLS. Diagnostico situacional sobre factores de riesgo para infecciones nosocomiales en cuatro entidades hospitalarias del distrito de Barranquilla – Colombia, *Enfermedades Infecciosas*. Editorial Mejoras. 2005; Vol. 1, p. 27 – 36. ISBN: 958-97499-5-X.
 98. SARMIENTO, G. RODRÍGUEZ, M. BARAHONA, N. LAGARES, A. COTES, R. SOTO, J. Estudio prospectivo para describir la resistencia a antibióticos esenciales de los microorganismos aislados de pacientes hospitalizados en la Clínica de la Costa. *Revista Médica de la Costa*. 2006; 1(2).
 99. SUÑOL, R. Entrevista al Dr. Avedis Donabedian. Ann Arbor, Michigan (EE.UU). *Revista Calidad Asistencial*. 2001; 16. 58-59.
 100. SURESHGHANDAR, GS. CHANDRASEKHARAN, R. ANANTHARAMAN, RN. The Relationship between Management's Perception of Total Quality Service and Customer Perceptions of Service Quality. *Total Quality Management*, 2002; 13(1): 69-88.
 101. THOMAS, LH. MCCOLL, E. PRIEST, J. BOND, S. BOYS, R.J. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nurse care. In: *Quality in health care*. 1996; 5(2): p. 62-72.
 102. TORRES, C. RIVAS, JG. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2010; 18(3): 60 – 64.
 103. TORRES. C, SALAS. E. Evaluación de la atención de Enfermería en el Hogar Materno “Celia Sánchez Manduley” durante el segundo semestre del 2001. *MEDISAN*. 2002; 6(3).

104. TRINCADO, MT. FERNÁNDEZ, E. Calidad en Enfermería. Revista Cubana Enfermería. 1995, 11;(1): 1-2.
105. TUKEY, J. Exploratory Data Analysis. 1977, citado por: PEÑA, N. Boxplot. Documento de trabajo para la evaluación del proceso de enseñanza docente. Universidad Simón Bolívar, Venezuela. 2006.
106. UTRILLA, N. Percepción que tiene el usuario externo acerca de la calidad de atención de Enfermería en el Servicio de la Unidad de Cuidados Intermedios en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis de Postgrado. Facultad de Medicina Humana, programa de Segunda Especialización en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú – Lima. 2009.
107. VERDUGO, A. ESPARZA, R. MAGAÑA, A. ARIZONA, M. Factores que influyen en la calidad de atención de Enfermería en pacientes con carcinoma mamario. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (1): 15-19.
108. WALTON M. El método Deming en la práctica. 2004. Editorial Norma.
109. WILLIAMS, S. Quality and Care; Patients' Perceptions. Journal of Nursing Care Quality. 1998; 12(6): 18-25.