

Atención y Satisfacción al Usuario

ATENCIÓN EN SALUD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

CLAUDIA MARCELA GARCÍA CARVAJAL
CLAUDIA MARCELA GIRALDO SEPÚLVEDA
NATHALY CADAVID VALENCIA
SANDRA LORENA PACHÓN CARDENAS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
MANIZALES
2014

ATENCIÓN EN SALUD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

CLAUDIA MARCELA GARCÍA CARVAJAL
CLAUDIA MARCELA GIRALDO SEPÚLVEDA
NATHALY CADAVID VALENCIA
SANDRA LORENA PACHÓN CARDENAS

Informe presentado en el Modulo de Investigación 2

RUBEN DARIO AGUDELO
Tutor

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
MANIZALES
2014

INTRODUCCIÓN

Con los cambios originados en los últimos años en la forma en que se prestan los servicios de salud se puede constatar que es el usuario quien se convirtió en el protagonista del proceso de atención, y es éste sobre quien deben enfocarse las políticas de salud mundiales.

Los sistemas de información y atención al usuario se han convertido para las entidades de salud en una de las estrategias más importantes en la prestación de servicios, siendo un llamado a la humanización y a ofrecer mayor calidad de vida, además de generar acciones que enriquecen y fortalecen la importancia que tienen las opiniones, la relación con los seres humanos, el acceso eficaz y el cumplimiento de los principios de salud.

El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según *Vanormalingen* (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud.¹

El Sistema de Información y Atención al Usuario debe ser el proceso de articulación, interacción y familiaridad más eficaz, eficiente y por ende efectivo, para propiciar espacios en el cumplimiento de los deberes en cuanto a la participación comunitaria y ciudadana, tendiendo a la gestión y dirección de los procesos de perfeccionamiento continuo de las instituciones que prestan servicios de salud.

Se han estudiado un grupo de determinantes fundamentales de la calidad de los servicios que según *Suárez* (1997), son:

- Confiabilidad
- Receptividad
- Competencia
- Accesibilidad
- Cortesía
- Comunicación
- Credibilidad
- Seguridad
- Entender y conocer al cliente
- Aspecto tangible del servicio²

De acuerdo a los anteriores determinantes de la Calidad se propone desarrollar un artículo relacionado con la Satisfacción y Atención al Usuario en salud, ya que estos contribuyen a garantizar el mejoramiento continuo de una institución y lograr la articulación de los componentes científicos, técnicos y humanos.

En la actualidad la prestación de servicios de salud se ha estructurado bajo la premisa de la palabra calidad, esto conlleva a que todas las instituciones de salud busquen garantizar las mejores condiciones en la ejecución de la prestación de estos.

Es importante resaltar que los organismos y entes de control han buscado constantemente estipular e implementar normas que permitan cumplir con estándares que ayuden a las instituciones a lograr la satisfacción del usuario, ya que éste es el pilar fundamental para la permanencia de los servicios y así poder contribuir al mantenimiento y conservación de la salud.

Teniendo en cuenta la normatividad que rige a los procesos de acreditación y garantía de la calidad a nivel mundial, que tienen como eje principal el usuario, se busca la satisfacción de este, mediante la aplicación de estrategias que ayuden a alcanzar los objetivos de las organizaciones, es decir: Mayor calidad , usuarios más satisfechos y mayor relación costo beneficio.

¹⁻² *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Coralía Massip Pérez y otros. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba. 2008*

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1 RESUMEN	11
1.1 JUSTIFICACIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVO GENERAL	14
1.4 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
1.5 LISTA DE LOS 50 ARTICULOS APROBADOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD Y LA ASATISFACCIÓN DEL USUARIO	16
2 MATRICES DE LOS ARTICULOS RELACIONADOS CON LA SATISFACCION Y ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD	20
2.1 Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados.....	20
2.2 Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	24
2.3 Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A(H1N1)	32
2.4 Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación	36
2.5 Calidad de servicio percibido según modelo Servqual, del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los Pacientes.....	42
2.6 Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto nacional de salud del niño de Lima, Perú.....	45
2.7 Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica	49



2.8 Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios.....	52
2.9 Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario	56
2.10 Modelo “plural-integral” de atención primaria a la salud y satisfacción de los usuarios	59
2.11 Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina	63
2.12 La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa.....	66
2.13 Satisfaction of users: duplication and simultaneous use of services in family health	71
2.14 La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario	76
2.15 Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional.....	80
2.16 Avances del proceso de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia.	83
2.17 Satisfacción, acceso y uso de los servicios de salud entre los adultos inscritos en la Estrategia Salud de la Familia en Brasil: datos de la Encuesta Nacional de 2008.....	88
2.18 Una herramienta de Internet para la creación de planes de cuidado de la supervivencia del cáncer para los supervivientes y los proveedores de cuidado de la salud: el diseño, la implementación, uso y satisfacción de los usuarios. ...	91
2.19 Evaluación de la calidad en la atención de salud de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud.	97
2.20 Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2.....	101
2.21 Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema	105



2.22 Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud.....	111
2.23 Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.....	116
2.24 Eficacia de programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria.....	120
2.25 Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia.....	125
2.26 Estudio de satisfacción de los pacientes de la unidad de corta estancia quirúrgica: el caso del Hospital San Agustín de Aviles.....	133
2.27 Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia.....	138
2.28 Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud.....	143
2.29 La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud	146
2.31 Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área.....	155
2.32 Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del hospital san Vicente de paúl (hsvp) durante el periodo 2009-2010.....	159
2.33 Insatisfacción en la atención del usuario externo que acude al centro de salud Conocoto 2010-2011.....	163
2.34 Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería..... de los centros de salud.....	166 166 166
2.35 Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería	170
2.36 La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio multicéntrico	173



2.37 Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México	176
2.38 Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears	179
2.39 El sistema de vigilancia de la satisfacción del paciente. Misión Médica Cubana. República Bolivariana de Venezuela.....	182
2.40 Relación médico-paciente y tecnología médica:.....	187
Una visión personalista.....	187
2.41 Participación social y calidad en los servicios de salud: la	190
Experiencia del aval ciudadano en México.....	190
2.42 La asistencia en la Salud de la Familia bajo la perspectiva de los Usuarios	194
2.43 Valoración del índice de satisfacción de los familiares sobre calidad de atención en las unidades críticas de adultos en el h.n.e.r.m – essalud	197
2.44 Dimensioning The Quality of Health Care Services (Karabuk State Hospital Service Quality Dimensions as an Example of Measurement Application).....	201
2.45 Reorganización del sistema de entrega de turnos para optimizar el Talento Humano y mejorar la satisfacción de los usuarios que demandan atención en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital Baeza.....	203
2.46 Satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de urgencias en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado durante el 2010.....	207
2.47 VALUATION OF SATISFACTION WITH CARE PATIENTS AFFECTED PROCESS OF PATHOLOGY OF CHRONIC SPINE.....	210
2.48 Quality medical services in anesthesiology: some current considerations	214
2.49 Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction	216
2.50 Nursing: A Key To Patient Satisfaction	220



CONCLUSIONES	224
BIBLIOGRAFIA	226

1 RESUMEN

Introducción. Los sistemas de información y atención al usuario se han convertido para las entidades de salud en una de las estratégicas más importantes en la prestación de servicios, siendo un llamado a la humanización y a ofrecer mayor calidad de vida. Además de acciones que enriquecen y fortalecen la importancia que tienen las opiniones, la relación con los seres humanos, el acceso eficaz y el cumplimiento de los principios de salud. El objetivo del presente artículo fue Identificar la documentación relacionada con los aspectos más importantes sobre satisfacción al usuario en el sector salud mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos indexadas, en el periodo comprendido de mayo 2013 a Marzo de 2014.**Materiales y Métodos.** La búsqueda bibliográfica se realizó teniendo en cuenta las bases de datos indexadas. Con la búsqueda de 50 artículos no mayores a cinco años desde el año 2008 hasta 2014. En los idiomas español e inglés. **Resultados.** Las instituciones de salud deben contar con un equipo de trabajo que permita ofrecer servicios de salud con altos estándares de calidad, enfocados en las necesidades de la comunidad usuaria. **Discusión.** No sólo la evaluación general de la calidad de los servicios, también la identificación de las dimensiones de calidad o de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario deben ser retos de las políticas de orientación hacia el usuario, por parte de las instituciones prestadoras de salud. **Conclusiones.** Para lograr la permanencia y su crecimiento las instituciones de salud deben establecer políticas claras de atención segura, oportuna y humanizada orientada a la satisfacción del usuario, estas políticas deben contribuir al mejoramiento continuo de la calidad, enfocadas al cumplimiento de las estrategias que disminuyan acciones inseguras en la atención. **Palabras Claves.** Satisfacción, calidad de la atención en salud, paciente, humanización de la atención, motivación, enfermería, sistema, Gestión de la Información en Salud, percepción, usuario, Información.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Cada vez que accedemos a un servicio o un producto, o vamos a hacer algo, tenemos en mente múltiples tipos de medida. Sin medidas estamos perdidos. La medida nos permite asegurar que sea lo que sea, encaje. Si dependemos de los clientes, de sus gustos, preferencias, estilos y tendencias. ¿Cómo podemos atraerlos, satisfacerlos y retenerlos desconociendo su grado de satisfacción?

La premisa de que el cliente siempre tiene la razón sostiene que mientras dependamos del cliente, debemos escucharlo. No tiene importancia si un cliente tiene o no la razón, pero si debe importar cuando muchos clientes la expresan, ya sea para bien o para mal.

Para saber qué piensa, siente, anhela o rechaza el cliente debe ser escuchado. Buscar su opinión y saber escucharlo es una prioridad. Su opinión es un elemento primordial para introducir cambios, innovaciones, nuevos productos, tendencias, gustos, decisiones que pueden significar la diferencia entre el éxito o el fracaso.

Obtener la opinión del cliente puede tener diversos objetivos. Medir su satisfacción, solicitar su consejo, ganar su fidelidad, mejorar productos, procesos y estrategias; descubrir nuevas necesidades, atraer a sus allegados, estimar producción futura, ampliar los servicios, disminuir el desperdicio, ahorrar costos, asignar prioridades, diferenciar mercados, expandir o contraer operaciones y muchas otras cosas.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la prestación de servicios de salud se ha estructurado bajo la premisa de la palabra calidad, esto conlleva a que todas las instituciones de salud busquen garantizar las mejores condiciones en la ejecución de la prestación de estos.

Es importante resaltar que los organismos y entes de control han buscado constantemente estipular e implementar normas que permitan cumplir con estándares que ayuden a las instituciones a lograr la satisfacción del usuario, ya que éste es el pilar fundamental para la permanencia de los servicios y así poder contribuir al mantenimiento y conservación de la salud.

Teniendo en cuenta la normatividad que rige a los procesos de acreditación y garantía de la calidad a nivel mundial, que tienen como eje principal el usuario, se busca la satisfacción de este, mediante la aplicación de estrategias que ayuden a alcanzar los objetivos de las organizaciones, es decir: Mayor calidad , usuarios más satisfechos y mayor relación costo beneficio.

Un excelente servicio en los hospitales marca la diferencia, por lo anterior no debemos olvidar que puede ser viable la prestación de servicios de salud con la más alta calidad. Se plantea la siguiente pregunta que contribuya al proceso investigativo:

¿Cuáles son los aspectos de mayor relevancia al momento de considerar estrategias que mejoren la satisfacción del usuario en salud?

1.3 OBJETIVO GENERAL

Identificar los aspectos más importantes sobre satisfacción al usuario en el sector salud mediante la búsqueda en las diferentes bases de datos indexadas, en el periodo comprendido de mayo 2013 a marzo de 2014.

1.4 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

La búsqueda bibliográfica se realizó teniendo en cuenta las bases de datos indexadas: Google académico, LILACS, SCIELO, Cuidatge, Cinahl, Pubmed, Proquest. Teniendo en cuenta palabras claves como: satisfacción al usuario, calidad en la atención, gestión de la calidad, sistemas de salud, estrategias, Insatisfacción de los usuarios, humanización en la atención entre otros.

Se incluyeron en la búsqueda artículos no mayores a 5 años desde el año 2008 en los idiomas de español (cantidad 40) e inglés (cantidad 10), en su totalidad 50 artículos que cumplieran con las características mencionadas, que incluyeran análisis cualitativos, descriptivos y cuantitativos que nos permitan evaluar la satisfacción en los diferentes medios y ámbitos de salud, sin discriminar rangos de edad, niveles y tipos de atención. La información y los datos evaluados en los artículos fueron pertinentes, coherentes y relevantes para el objeto de estudio. Se analizó información de revistas, artículos, monografías, libros y tesis, solo se seleccionaron los que estuvieran relacionados con la satisfacción y atención al usuario.

1.5 LISTA DE LOS 50 ARTICULOS APROBADOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD Y LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Número	NOMBRE DEL ARTICULO
1	Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados
2	Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
3	Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A(H1N1)
4	Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación
5	Calidad de servicio percibido según modelo Servqual, del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los Pacientes.
6	Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto nacional de salud del niño de Lima, Perú
7	Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica
8	Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios
9	Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario
10	Modelo “plural-integral” de atención primaria a la salud y satisfacción de los usuarios
11	Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de córdoba, argentina
12	La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa
13	Satisfaction of users: duplication and simultaneous use of services in family health
14	La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario



15	Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional
16	Avances del proceso de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia.
17	Satisfacción, acceso y uso de los servicios de salud entre los adultos inscritos en la Estrategia Salud de la Familia en Brasil: datos de la Encuesta Nacional de 2008
18	Una herramienta de Internet para la creación de planes de cuidado de la supervivencia del cáncer para los supervivientes y los proveedores de cuidado de la salud: el diseño, la implementación, uso y satisfacción de los usuarios.
19	Evaluación de la calidad en la atención de salud de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud
20	Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2
21	Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema
22	Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud
23	Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa
24	Eficacia de programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria
25	Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia
26	Estudio de satisfacción de los pacientes de la unidad de corta estancia quirúrgica: el caso del Hospital San Agustín de Avilés
27	Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia
28	Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud



29	La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud
30	Estudio sobre la satisfacción del usuario con el sistema de apoyo de decisiones clínicas para la medicación (SADC) en Corea
31	Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área
32	Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (hsvp) durante el período noviembre el 2009 a agosto del 2010.
33	Insatisfacción en la atención del usuario externo que acude al centro de salud Conocoto 2010-2011
34	Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud
35	Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería
36	La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio multicéntrico
37	Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México
38	Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears
39	El sistema de vigilancia de la satisfacción del paciente. Misión Médica Cubana. República Bolivariana de Venezuela
40	Relación médico-paciente y tecnología médica: Una visión personalista
41	Participación social y calidad en los servicios de salud: la Experiencia del aval ciudadano en México. Social participation and quality of health care: the experience of citizens' health representatives in Mexico
42	La asistencia en la Salud de la Familia bajo la perspectiva de los usuarios
43	Valoración del índice de satisfacción de los



	familiares sobre calidad de atención en las unidades críticas de adultos en el h.n.e.r.m – essalud
44	Dimensionando La Calidad de los Servicios de Salud (En el Hospital Estatal de Karabuk Dimensionando la calidad como ejemplo de aplicación de medición)
45	Reorganización del sistema de entrega de turnos para optimizar el Talento Humano y mejorar la satisfacción de los usuarios que demandan atención en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital Baeza
46	Satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de urgencias en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado durante el 2010
47	Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes con patología crónica del raquis
48	Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales
49	Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction
50	Nursing: A Key To Patient Satisfaction

2 MATRICES DE LOS ARTICULOS RELACIONADOS CON LA SATISFACCION Y ATENCIÓN AL USUARIO EN SALUD

1. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.1 Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados
Autor y Año	Autores: Patricio Bustamante veas, Dinka Avendaño Cañas, Beatriz Camacho Martín, Eloisa Ochoa Alvarado, Francesc Xavier Alemany González, María Asenjo Romero, Kamran Mohammad Tariq, Miquel Sánchez Sánchez. Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	VEAS, P. B., CAÑAS, D. A., MARTÍN, B. C., ALVARADO, E. O., GONZÁLEZ, F. X. A., ROMERO, M. A.,... & SÁNCHEZ, M. S. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. <i>Emergencias</i> , 25, 171-176.
Objetivo del artículo	Conocer el grado de satisfacción global de los usuarios de un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y analizar los factores que podían haber influido en la percepción de dicho grado de satisfacción
Palabras Clave	Satisfacción, atención, calidad de los cuidados en salud. Gestión de calidad, calidad percibida, servicios de urgencias hospitalarias
	La satisfacción es una noción psicológica, difícil de definir, más aún en el ambiente sanitario. Algunos autores definen la satisfacción como la coincidencia entre las expectativas y los resultados.



Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Corresponde a una construcción multidimensional compleja de una serie de componentes: la percepción del usuario del servicio, del personal sanitario y la evaluación del usuario de los resultados del cuidado otorgado.</p> <p>En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), la satisfacción de los usuarios debería ser también un punto estratégico a cumplir por las direcciones de los establecimientos sanitarios. La satisfacción ha pasado a usarse cada vez más como una medida del comportamiento de los SUH. Sin embargo, la satisfacción de los pacientes de los SUH es un concepto que todavía se conoce de forma incompleta. En efecto, se han descrito múltiples determinantes que influyen en el grado de satisfacción de los pacientes, aunque en pocas ocasiones se ha estudiado si la modificación de esos determinantes tiene realmente un impacto en la satisfacción.</p>
Muestra	<p>Estudio de cohortes prospectivo basado en una encuesta a un grupo de pacientes entre 18 y 65 años dados de alta desde el SUH durante marzo del 2011. Variable dependiente: "En términos de satisfacción, ¿cómo calificaría globalmente su experiencia en el servicio de urgencias?". Se registraron edad, sexo, día de la semana y nivel de triaje.</p>



Intervención y proceso medición	<p>El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Clínica de Barcelona , es un hospital de referencia con una población de 550.000 habitantes, se atienden anualmente en urgencias 85.000. La encuesta incluía la valoración del tiempo de espera; si era la primera vez que acudía al SUH; si se le había atendido con respeto y dignidad; si fue informado suficientemente; el trato del personal (administrativo, enfermería y médico); la información recibida de administrativos, enfermeros y médicos; y la limpieza, temperatura ambiente, luz y ruido del SUH. Se efectuó un análisis de regresión logística multinomial con las variables significativas.</p> <p>La medición de la satisfacción es un requerimiento esencial, tanto en aspectos clínicos como financieros en las organizaciones sanitarias, y su conocimiento debería ser parte de su programa estratégico. De hecho, como consecuencia de estas mediciones, se han impulsado cambios en el manejo y dirección de organizaciones sanitarias, que modifican sus enfoques y estrategias hacia una atención centrada en los usuarios, y mejoran la accesibilidad, la disponibilidad, la eficiencia, la eficacia y, en definitiva, la calidad en los cuidados de pacientes.</p> <p>Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desviación estándar, se realizó un análisis univariante para la descripción de la población. Se usó el test de la ji al cuadrado.</p>
Resultados	<p>Se encuestaron 373 pacientes: 158 (42,4%) contestaron que su experiencia había sido totalmente satisfactoria, 187 (50,1%) satisfactoria y 28 (7,5%) no satisfactoria.</p> <p>Después del análisis multivariante, las variables que influían en una percepción no satisfactoria fueron la percepción de un tiempo de espera largo, un trato médico desconsiderado y la percepción de no recibir un trato respetuoso.</p>



Discusión	<p>El presente estudio demuestra que tres variables parecen críticas para que un paciente quede plenamente satisfecho con la atención global recibida en un SUH: la percepción de que el tiempo de espera es adecuado, la percepción de un trato correcto por parte del médico que atiende al paciente y, por último, la percepción de que se le ha tratado con respeto, el análisis multivariante realizado acaba excluyendo del modelo final. Para realizar estudios de satisfacción en salud se debe considerar el origen, la cultura y el sistema de salud de los usuarios. Y a partir de esto se deben elegir las escalas y mediciones que se utilizarán en el estudio de satisfacción de una organización.</p> <p>Las mediciones de satisfacción deben ser parte del programa estratégico de las organizaciones, y elaborarse con la participación de los profesionales de salud.</p>
Análisis Personal	<p>Una de las puertas de entrada en una institución de salud es el servicio de urgencias, la calidad y la buena atención depende de los empleados, que son los encargados de tener a un cliente satisfecho no solo al paciente sino también a su familia, brindándoles el apoyo, acompañamiento, respeto, responsabilidad y dignidad humana . Sería muy conveniente crear una unidad de atención al usuario, que pueda estar siempre vigilante del cumplimiento de sus derechos y obligaciones.</p> <p>De igual forma, que procese los reclamos, sugerencias o necesidades y analice los problemas, para contrarrestar o anular las causas. Una unidad que en definitiva, oriente al usuario en todo lo que precise, para garantizar soluciones y respuestas eficientes, que garanticen el buen funcionamiento del servicio y el cumplimiento de la misión de la Institución. Como el instrumento ya está validado, su aplicación permitiría afinar la metodología de investigación del grado de satisfacción de los usuarios del instituto y realizar análisis comparativos.</p> <p>Conclusión del artículo: En la población estudiada, el grado de satisfacción con la atención en urgencias, que suele ser elevado, está condicionado mayormente por la</p>

	percepción del tiempo de espera, el trato médico recibido y un trato respetuoso.
--	--

2. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.2 Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Autor y Año	Autores: América Guadalupe Arroyo-Valerio, David Cortes-Poza, Rebeca Aguirre Hernández, Ruth Fuentes García, Omar Fernando Ramírez de la Roche y Alicia Hamui Sutton Año: 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Arroyo-Valerio, A. G., Cortés-Poza, D., Hernández, R. A., García, R. F., de la Roche, O. F. R., & Sutton, A. H. (2013). Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). Gaceta Médica de México, 149, 134-42.
Objetivo del artículo	Describir la percepción que los individuos tienen acerca de sus expectativas y experiencias en su paso por las unidades médicas (UM) pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) respecto a la comunicación, el trato, las experiencias adversas personales y organizacionales y su relación con otras variables sociodemográficas, la especialidad médica, la condición de salud y la limitación para realizar las actividades cotidianas
Palabras Clave	Percepción. Usuarios. Sistema de salud.
	Tradicionalmente, los sistemas de salud están basados en tres objetivos: la salud de la población, una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios durante su



<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>paso por este, y el pago justo por el servicio prestado. Este artículo se inscribe en la tradición de los estudios que miden la satisfacción de los usuarios de los servicios De salud en instituciones públicas. No obstante, pretende superar las limitaciones de las evaluaciones de calidad que generalmente se centran en el funcionamiento del sistema de salud en las unidades médicas. Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio denominado «La satisfacción/ insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias.</p> <p>En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud amplió el concepto de necesidades de los usuarios hacia un trato respetuoso como elemento importante para diseñar los servicios de salud con base en las expectativas de las personas. Ante esto, la percepción de los usuarios sobre el trato recibido durante su paso por los servicios de salud se toma cada vez más en cuenta, pues es un área de oportunidad para los prestadores de servicio que buscan mejorar la atención a las personas con base en esta percepción. En este trato, la comunicación adecuada que mantenga el usuario con los médicos y el personal de salud será la base para una adecuada percepción. Las personas aprecian cuando el médico está interesado en lo que dicen, tienen tiempo para hacer preguntas y obtener una clara explicación sobre su enfermedad, tratamiento y opciones de manejo; cada vez más las personas solicitaran una mejor atención así como ser partícipes de las decisiones en lo que a su salud respecta mientras esperan recibir un trato digno por Parte del personal de salud. Un usuario tratado con respeto y consideración en un ambiente agradable responderá mejor al consejo de su médico y buscara la atención necesaria cuando lo requiera. La percepción de los usuarios sobre el trato recibido durante su paso por los servicios de salud se toma cada vez más en cuenta, pues es un área de oportunidad para los prestadores de servicio que buscan mejorar la Atención a las personas.</p>
	<p>El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico STATA 11, y en todas las pruebas estadísticas se utilizaron factores de expansión para ponderar los datos. Las cuatro variables dicotómicas descritas anteriormente, comunicación, trato,</p>

<p>Muestra</p>	<p>experiencias adversas personales y experiencias adversas organizacionales, fueron analizadas como variables dependientes en modelos de regresión logística para explorar la influencia de los siguientes factores en dicha percepción: sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil, ingreso familiar de acuerdo con el salario mínimo vigente en 2009, uso de medicina alternativa, UM de atención (HFR, INS, HRAE), área de atención, especialidad, condición de salud (enfermedad crónica, aguda, grave, terminal, otras) y limitación para realizar actividades cotidianas.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se elaboró un cuestionario que incluyo los aspectos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, escolaridad, Aportación al ingreso familiar y dependientes económicos.</p> <p>También se tomó en cuenta el tipo de consulta (primera vez o subsecuente), la condición de salud del usuario (crónica, grave, aguda, terminal u otras), la limitación para realizar las actividades cotidianas y la experiencia con el uso de medicina alternativa.</p> <p>Dentro de los aspectos relativos a la UM se consideró área de atención (urgencias, consulta externa u hospitalización), la especialidad (cirugía, ginecología, medicina interna, pediatría, psiquiatría, y otra) y la cita para la atención en la UM.</p> <p>El grupo de encuestadores de la empresa contratada, Mendoza Blanco y Asociados SC (MEBA), aplico las encuestas a los usuarios de los servicios de salud al Final de la atención recibida en noviembre de 2010. La muestra se seleccionó en forma aleatoria, a excepción del INS de Psiquiatría, donde fue por conveniencia (usuarios en condiciones físicas y mentales de responder el cuestionario). Para la determinación de la muestra se consideró a cada hospital o instituto como un estrato, y con base en el número de usuarios atendidos en un lapso de 6 meses se calculó el tamaño de la muestra de las 19 UM; los INS fueron Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría, Rehabilitación, y el Hospital</p>

Infantil de México Federico Gómez. Los HFR fueron Hospital General de México, Hospital General Manuel Gea González, Hospital de la Mujer Dr. Jesús Alemán Pérez y Hospital Juárez de México. Con el fin de conocer la percepción que los usuarios tuvieron sobre la efectividad en la comunicación con el médico se utilizaron las siguientes preguntas basadas en el INDICAS:

- .Que tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud?
- .Que tanto el médico le explico sobre su estado de salud?
- .Que tanto el médico le explico el tratamiento que debe seguir?
- .Que tanto el médico le explico los cuidados que debe seguir?
- .Que tanto la información que le dio el médico le fue clara?

Las opciones de respuesta para cada una de estas fueron: muchísimo, mucho, poco y nada. Con el objeto de generar una variable dicotómica que indicara si el usuario percibió una buena o mala comunicación con el médico, se codifico del 0-3 cada pregunta, donde 0 fue muchísimo y 3 nada; posteriormente, se calculó la sumatoria de las cinco preguntas para obtener un puntaje de 0-15. Por último, para convertir la variable en dicotómica se tomó como punto de corte a la mediana, que fue igual a 4. Puntajes iguales o inferiores a 4 fueron codificados como 0, y se interpretaron como que la persona percibió una buena comunicación; puntajes superiores a 4 se codificaron como 1, e indicaron que el usuario percibió una comunicación deficiente. A esta variable se le denomino comunicación. Para conocer la percepción del usuario con respecto al trato que recibió por parte del personal que lo atendió durante su visita a la UM se pregunto: Si tuvo contacto con el personal del hospital que le voy a mencionar, indíqueme como lo trataron>>: vigilancia, informes, trabajo social, caja, archivo clínico, enfermería, medico, camilleros, laboratorio, rayos X, limpieza. Las opciones de respuestas fueron: muy bien, bien, mal o muy mal.

La pregunta se transformo en una variable dicotómica

	<p>que indico si el usuario percibió un buen o mal trato por parte del personal con el que tuvo contacto en su visita a la UM. Cada pregunta se codifico del 0-3, donde 0 fue muy buen trato y 3 muy mal trato; posteriormente, se calculo la sumatoria de las 11 opciones para obtener un puntaje de 0-33 (solo se considero a los usuarios que tuvieron contacto con cinco o más empleados de las diferentes áreas de la UM). Se tomo la mediana como punto de corte para recodificar esta variable como dicotómica. Cuando la nueva variable tomo el valor 0 (puntuación ≤ 7), indico que se percibió un trato adecuado por parte del personal de salud, y cuando la variable tomo el valor 1 (puntuación > 7), se percibió un trato deficiente. Esta variable se denomino trato.</p>
<p>Resultados</p>	<p>La muestra fue de 2,176 cuestionarios; respondieron: 822 hombres (37.85%) y 1,350 mujeres (62.15%). La edad de los hombres fue de 34 más o menos 24 años y de las mujeres 37.6 más o menos 21 años. Los individuos muestreados representan a 1, 457,964 usuarios de la CCINSAHE después de ajustar por los factores de expansión. En las características generales de la población, considerando los factores de expansión, se observo que el 65% fueron mujeres, el 52% de los usuarios fueron de los INS, el 17% completo la primaria y el 27% la secundaria, mientras que el 15% no tenia escolaridad. El 80% fue atendido en la consulta externa de las UM (Tabla 1). El modelo utilizado para el análisis permitió conocer las diferencias en la percepción de los usuarios en las distintas UM. Las cuatro variables dicotómicas calculadas midieron la percepción del usuario con respecto a:</p> <p>a) comunicación con el médico; b) trato dispensado por El personal de la UM; c) experiencias adversas personales, y d) organizacionales que estuvieron asociadas significativamente con el tipo de UM donde fue atendido.</p> <p>– En la comunicación se observo que los usuarios profesionistas percibieron una buena comunicación con el médico respecto al grupo sin escolaridad. Las personas que hicieron uso de la medicina alternativa presentaron más riesgo de percibir un comunicación deficiente con</p>



	<p>respecto a las que no hicieron uso de la misma); así mismo, los usuarios de la consulta externa presentaron un mayor riesgo que los hospitalizados, mientras que quienes asistieron al servicio de urgencias no presentan diferencias significativas con el grupo de hospitalizados. Con respecto a la UM se observó que los asistentes a los HFR tienen casi cuatro veces más riesgo de percibir una Comunicación deficiente con respecto a los que asistieron a los HRAE, no así los que asistieron a los INS.</p> <p>– Respecto al trato, de acuerdo con el modelo ajustado, los usuarios divorciados o separados mostraron dos veces más riesgo de percibir un trato deficiente con respecto a los solteros, en unión libre, casados o viudos). A mayor escolaridad, menor fue el riesgo de percibir un trato deficiente. Sin embargo, la percepción de los que cursaron la primaria completa o incompleta no fue significativamente distinta de la de las personas sin escolaridad. Los que estudiaron la secundaria completa mostraron un riesgo deficiente por parte del personal en comparación con las personas sin escolaridad. Análogamente, entre los usuarios con una carrera técnica o preparatoria, el riesgo de percibir un trato deficiente por parte del personal se redujo en comparación con los usuarios sin escolaridad, y en las personas con estudios profesionales dicho riesgo disminuyó en comparación con el grupo sin escolaridad.</p> <p>– Con respecto a las experiencias adversas personales y de acuerdo con el modelo ajustado, se encontró que, a mayor ingreso familiar, mayor fue el riesgo de percibir estas. Sin embargo, la percepción de los usuarios con ingresos superiores a seis salarios mínimos no mostró diferencias</p>
	<p>Comunicación con el médico se vio favorecida por el nivel educativo de las personas, mientras que usar medicina alternativa, ser usuario de la consulta externa y provenir de un hospital de referencia estuvo asociado con una percepción deficiente. En el caso de la percepción del trato, influyó positivamente el nivel educativo, mientras que los divorciados o separados y los usuarios de los HFR tuvieron una mayor probabilidad de reportar un trato deficiente. Para la percepción de experiencias adversas personales y organizacionales influyó tener un ingreso</p>



Discusión

familiar superior a seis salarios mínimos, el uso de medicina alternativa, la limitación para realizar las actividades cotidianas, ser atendidos en la consulta externa y provenir de los INS y HFR.

Un componente esencial del sistema de salud es la comunicación entre médicos y usuarios, ya que cuando las personas entran en contacto con el sistema esperan obtener información sobre el estado de su salud a través de un tiempo razonable con el médico, marcado por el interés en lo que dicen, respecto a sus dudas, proporcionándoles información para poder participar en el control de su salud y así poder recuperarla^{7,9,10,14,16}.

Llama la atención que esta comunicación puede ser percibida de modo deficiente cuando el usuario ha estado en contacto con algún tipo de medicina alternativa, lo que lleva a formular las siguientes preguntas: .por qué se percibe una deficiente comunicación en los servicios de salud cuando el usuario ha recurrido a métodos alternativos de salud?; .que diferencias existen entre el servicio de salud y el proporcionado por métodos alternativos? Se ha propuesto como respuesta que el usuario demanda tener el control de su salud así como aspectos culturales y religiosos de los mismos, o bien, debido a las características de la enfermedad, deciden optar por otras alternativas^{10, 12,14}.

El trato adecuado es un elemento que contribuye a buena percepción de las personas en su paso por el sistema de salud. Un usuario satisfecho en la percepción por el trato recibido buscara la atención necesaria cuando lo requiera y cuidara su salud atendiendo a las recomendaciones hechas por su medico^{5,10}; en el presente estudio la percepción del trato recibido por el personal de salud (cinco o más empleados) fue adecuado, y se encontró que, a mayor nivel educativo, mejor percepción del trato. Los usuarios cada vez están mejor informados sobre los avances en la medicina y la comunicación en salud es mayor; esto se convierte en un reto para las diferentes áreas y servicios de las UM, ya que deberán estar preparados para las necesidades de estas personas.



Análisis Personal

La percepción va ampliamente relacionada con la imagen y el buen nombre de una institución o en una persona, el primer impacto tiene gran influencia en la satisfacción del usuario, ya que de este depende una buena o mala apreciación del servicio que se ha prestado. La percepción que las personas tienen o tenemos de las experiencias vividas en los centros hospitalarios son vitales para conocer porque motivos las personas no utilizarían de nuevo un servicio especializado y que sirva de herramienta de planeación.

Reconocer la influencia de las percepciones cuando nos comunicamos, va a permitir una mejor interpretación de los hechos. Son muchas las veces que al momento de emitir una opinión decimos: “A mí me parece.....” “Es de forma diferente.....” “Yo creo que.....” “No lo veo así...”. Este es el momento en que las percepciones que se tienen sobre una persona o un hecho tiñen la realidad y hacen que actuemos con base a sentimientos y no en forma racional.

Se debe tener un gran compromiso con los pacientes y sus familias que han depositado en las instituciones la confianza, al entregar en las manos del personal de la salud un bien tan preciado. Es por ello que se debe poner todo el empeño por brindar una atención integral, de alta calidad humana y tecnológica con el único propósito de mantener y mejorar la salud y obtener una recuperación satisfactoria, con la menor incapacidad y secuelas posibles, basándonos en la ética del servicio, el humanismo, la seguridad en nuestras prácticas y el respeto.

La calidad en el servicio, es y será para muchos el resultado de la excelencia, proyectándonos más allá de la simple cortesía o amabilidad al atender a los usuarios. Es mantener la promesa de valor de “servir al cliente”, superando las expectativas del mismo en la prestación del servicio. esta promesa de atención centrada en el usuario y su familia deberá ser la razón de ser de las instituciones, ella diferencia, promueve el crecimiento empresarial y hace necesariamente mejores a las organizaciones cada día, fortaleciendo la competitividad y sostenibilidad en un mercado, que por la dinámica propia

	del sector, se vuelve cada vez, más lábil y exigente.
--	---

3. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.3 Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A(H1N1)
Autor y Año	Autores: Germán Fajardo-Dolci, José Meljem-Moctezuma, Francisco Venegas-Páez, Ignacio Villalba-Espinosa, Héctor Aguirre-Gas. Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico Artesamisa en línea
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Fajardo-Dolci, G., Meljem-Moctezuma, J., Venegas-Páez, F., Villalba-Espinosa, I., & Aguirre-Gas, H. (2012). Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1). Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1), 17(1), 4-12.
Objetivo del artículo	<p>Identificar denominadores comunes de los problemas observados y proponer medidas para prevenir en lo posible, la presentación de errores con impacto en la salud de las personas.</p> <p>Identificar la disponibilidad de instalaciones, equipo e insumos para la atención de la salud, así como la organización de los servicios, conforme a los señalamientos de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención de la Salud. Conforme a los preceptos de la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica, fue factible caracterizar el proceso de atención e identificar las deficiencias en la oportunidad de la atención, en la competencia profesional del personal de salud, particularmente médicos y enfermeras y la seguridad del paciente, en cuanto a la presentación de eventos adversos y el respeto a los principios éticos de la práctica médica.</p>
Palabras Clave	Influenza A (H1N1), mortalidad, calidad de la atención médica.
	La calidad de la atención en la práctica médica, puede ser considerada desde tres enfoques diferentes: el enfoque del paciente que recibe los servicios, el del prestador de servicios que otorga la atención y el de la institución que Provee de los medios para la prestación de los servicios.



<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>El enfoque del paciente que recibe los servicios, se manifiesta a través del logro de dos expectativas fundamentales:</p> <p>1) la solución de sus problemas de salud y 2) satisfacción de sus expectativas, en cuanto al trato con calidez, en instalaciones apropiadas, con personal capacitado y con disponibilidad de todos los recursos necesarios para el logro de los resultados esperados.</p> <p>La satisfacción de las expectativas de los pacientes, dependen tanto de los prestadores de servicios, como de La institución donde estos servicios se otorgan. Uno de los elementos fundamentales para que los prestadores de servicios otorguen atención con calidad y calidez, es la satisfacción con su trabajo; para lograrla, esperan: contar con los recursos técnicos y los insumos necesarios, suministrados con oportunidad y calidad; un salario congruente con las características, calidad y eficiencia de su trabajo y el reconocimiento ganado por la calidad de su trabajo.</p> <p>Como puede observarse, la evaluación de la calidad de la atención médica, es un elemento fundamental para el conocimiento de las condiciones en que se prestan los servicios médicos, que incluye factores relacionados con las instalaciones, el equipo, los insumos, el personal y la eficiencia administrativa, en la prestación de los servicios.</p> <p>La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), ha determinado que el análisis de la queja médica, no debe orientarse exclusivamente al acto médico; por ello, ha venido desarrollando una metodología para analizar en forma integral la atención otorgada al paciente, misma que incluye los procesos que la componen, así como los diferentes puntos de vista, que permitan valorar su calidad y de este modo, identificar denominadores comunes y obtener elementos esenciales para generar la retroinformación necesaria que permita mejorarla.</p>
<p>Muestra</p>	<p>A partir del conocimiento del universo de trabajo, se determinó por consenso la conveniencia de evaluar la calidad de la atención en una muestra de 120 expedientes, eligiéndose los 120 primeros, que fallecieron entre el 10 de abril y el 31 de mayo de 2009, habiéndose confirmado en todos ellos diagnóstico de infección por el virus de la influenza humana A</p>

<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>(H1N1).</p> <p>La evaluación se llevó a cabo con base en los lineamientos publicados por la Presidencia de la República y Secretaría de Salud, en los criterios de la Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General y el análisis de los capítulos que contenidos en la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica, establecidos desde la perspectiva de los pacientes con el propósito de identificar la calidad con que se otorga la atención. Se elaboró una base de datos, incluyendo variables objetivas con respaldo de documentos normativos, normas específicas y criterios vigentes, para la valoración de la atención hospitalaria otorgada a este grupo de pacientes.</p> <p>La única fuente de información para realizar el análisis fueron los datos consignados en los expedientes clínicos revisados, sin suponer la realización de acciones que no hubieran sido registradas. Con el consenso de personal experto en el análisis y valoración del expediente clínico y con base en los criterios mencionados, se estructuró una cédula específica para concentrar la información y a partir de ella, elaborar una base de datos, con todas las variables que permitieron el análisis de las variables en forma independiente o mediante cruces y valoración precedentes.</p> <p>Se obtuvieron frecuencias y medidas de tendencia central de los valores de cada variable, se realizaron los cruces que permitieran obtener juicios sobre el cumplimiento o no de las acciones de la atención hospitalaria.</p>
<p>Resultados</p>	<p>En ninguno de los 120 expedientes se cumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1- 168 Del expediente clínico. Sólo 52 pacientes (43.3%) se atendieron con oportunidad. La atención médica fue adecuada en 97 pacientes (80.8%). Los problemas más frecuentes fueron: demora en la aplicación del soporte mecánico ventilatorio (44 casos, 36.7%), seguida de la omisión de medidas de protección alveolar (40 pacientes, 33.3%) y la omisión de la indicación de aislamiento (38 enfermos, 31.7%). En 39 casos (32.5%) se documentaron cuidados de enfermería inadecuados.</p>
	<p>Conforme a la información analizada, se encontraron deficiencias en la atención en todos los rubros, no obstante esto no se vio reflejado en la presentación de quejas ante CONAMED por la atención recibida.</p>

<p>Discusión</p>	<p>En prácticamente uno de cada cuatro pacientes se documentaron deficiencias en aspectos básicos de la atención, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico incompleto •Notificación obligatoria al Sistema de Vigilancia Epidemiológica incompleta o inadecuada •Ministración de medicamentos inadecuada •Incongruencia diagnóstico-terapéutica •Manejo inadecuado de la vía aérea •Deficiencias en equipos, insumos y medicamentos e •Incumplimiento de obligaciones de medios y de seguridad. <p>Esta situación se presentó en condiciones donde se dio prioridad a la disponibilidad de las instalaciones y al flujo de recursos, para enfrentar una epidemia, que requería del diagnóstico y tratamiento oportuno y preciso, con base en las disposiciones emitidas por la Presidencia de la República y la Secretaría de Salud.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La calidad en la prestación de servicios de salud es una responsabilidad compartida entre todos y cada uno de los miembros del equipo de salud. Lo que cada miembro del equipo haga, tiene o podría tener un impacto significativo en la atención y por lo tanto, en su calidad y en los resultados que se logren. Éste es un esfuerzo en el que no se debe ceder.</p> <p>El equipo de salud, debe estar ampliamente comprometido con la prestación del servicio a los pacientes, desde el momento que llega a la institución hasta que le den de alta, igualmente con los familiares ya que ellos también son usuarios. Se le debe garantizar al usuario la satisfacción de sus expectativas, siendo un compromiso adquirido y el motor para el desarrollo de diferentes actividades que permiten fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos, impulsar el crecimiento y la permanencia en el mercado.</p> <p>Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben contar siempre con el Sistema de Gestión de Calidad, el cual está integrado por los lineamientos establecidos por la Norma Técnica Colombiana de Gestión Pública NTCGP 1000: 2004, el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, y desarrollo del Sistema Único de Acreditación definido en la</p>

Análisis Personal	<p>resolución 1445 del 2006 como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud definido mediante el Decreto 1011 de 2006.</p> <p>Dado que las normas citadas aplican directamente a la entidades y guardan completa proporción sobre el objeto de generar, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad, bajo los principios establecidos por la Ley 872 de 2003, la cual crea el Sistema de Gestión de Calidad para las entidades del Estado Colombiano y la Ley 192 de 2005, sobre racionalización de trámites; para efectos de economía técnica y administrativa el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad se implementa dada su complementariedad de manera integral, como aporte al desarrollo administrativo, técnico y científico, el mantenimiento de procesos, el mejoramiento de los resultados y por ende a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.</p> <p>Igualmente, es importante resaltar que estos resultados están orientados a la eficiencia, eficacia y efectividad, y el mejoramiento en los resultados en la atención, donde prevalece el enfoque centrado en el usuario y la orientación de una estructura por procesos.</p> <p>El Sistema de Gestión de Calidad es una herramienta que permite integrar de manera coherente la planeación, ejecución y seguimiento de la filosofía administrativa de las instituciones ligada a la cultura de mejoramiento continuo por medio de la construcción permanente de conocimiento que incluye transferencia, socialización e integración de valores, relacionados con la Calidad en la Gestión y resultados.</p>
--------------------------	---

4. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.4 Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación
Autor y Año	Dios C, Alba M, Ruiz R, Jiménez C, Pérula L, Rodríguez M. 2008 Fecha de acceso 12 julio 2013.
Ubicación del artículo(base datos)	Google académico



Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Dios Guerra, C., Dios, A., Antonia, M., Ruiz Moral, R., Jiménez García, C., Pérula de Torres, L. Á., & Rodríguez Borrego, M. A. (2013). Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. <i>Enfermería Global</i> , (31), 162.
Objetivo del artículo	Medir la satisfacción relacionada con aspectos técnicos y comunicativos de los usuarios de consulta de Enfermería en Atención Primaria.
Palabras Clave	Satisfacción; cualitativo; relación; información; tiempo; procedimiento
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Desde Atención Primaria, y sobre todo desde las consultas de Enfermería se quiere dar al usuario protagonismo en el cuidado de su salud, responsabilizándolo en actuaciones de promoción, prevención y autocuidados e involucrándolo en intervenciones de Participación Ciudadana.</p> <p>La implicación del ciudadano en política sanitaria lleva indiscutiblemente un conocimiento amplio de cómo funciona el sistema sanitario y sus profesionales.</p> <p>Actualmente nos encontramos con usuarios más exigentes, con más conocimientos sanitarios, que demandan mejoras sanitarias que ayuden a aumentar su nivel de satisfacción; en este proceso de implicación el sistema sanitario valora cada vez más la opinión de los pacientes y la calidad de los servicios prestados.</p> <p>La satisfacción de los usuarios se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios tal y como afirma Donabedian es imposible describir correctamente la calidad sin contar con el punto de vista del cliente, ya que su opinión nos proporciona información acerca del éxito o fracaso del sistema sanitario para cubrir sus expectativas.</p> <p>La adopción de la perspectiva del cliente, al definir la calidad del servicio, introduce el concepto de percepción, que supone considerar que el usuario del sistema es el único que puede determinar si un servicio es de calidad o no.</p>

	<p>Un elemento fundamental en la evaluación de los servicios sanitarios es la valoración de sus profesionales, tanto desde el punto de vista técnico, como a nivel relacional y trato con el usuario. Entre estos profesionales se encuentran las enfermeras. Hay estudios que revelan que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia en los cuidados y la capacidad técnica de estos profesionales son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido.</p> <p>Son varios los estudios que abordan el tema de la percepción y satisfacción de la población con los diferentes servicios sanitarios en los que se han utilizado indistintamente metodologías cuantitativas y cualitativas, tanto de Atención Primaria, como en servicios hospitalarios, servicios de urgencias y con otros profesionales de la salud.</p> <p>También, recientes resultados en estudios de medidas directas de satisfacción demuestran que la mayoría de las respuestas de los pacientes/usuarios tienden a inclinarse de forma contundente hacia las opciones de “satisfecho” y “muy satisfecho”, siendo en este caso los médicos (92,5%), los profesionales mejor valorados, seguidos por los profesionales de enfermería (80,7%).</p> <p>Con la intención de mejorar el conocimiento al respecto nos planteamos en este trabajo, como objetivo general, conocer la satisfacción directa de los usuarios con la relación enfermera-paciente, con la información que el usuario recibe de la enfermera, con el tiempo empleado en la consulta de enfermería, y con el procedimiento técnico empleado por la enfermera en sus intervenciones terapéuticas.</p>
Muestra	Pacientes usuarios del Servicio de Enfermería de los Centros de Salud (CCSS) de Córdoba y provincia
	Diseño observacional descriptivo en pacientes que acudieron a centros de salud urbanos y rurales de Andalucía con la finalidad de recibir atención profesional en consultas programadas de enfermería (procesos: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, control del niño sano, embarazo y planificación familiar) y en la sala de curas.



Intervención y proceso medición	<p>Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo consecutivo en la sala de curas y de consultas programadas de enfermería. Las entrevistas fueron realizadas por dos encuestadores adiestrados para este fin. En cada uno de los centros de salud (CCSS) se recogieron las opiniones de los pacientes atendidos por un número mínimo de 3 profesionales al objeto de asegurar variabilidad suficiente en cada centro. Finalmente se obtuvieron encuestas de pacientes atendidos por entre 5-9 enfermera/os en cada uno de los 9 Centros seleccionados (55 enfermera/os en total). La media de pacientes entrevistados fue de 37 por Centro y de 6 encuestas por cada enfermera/o.</p> <p>Se diseñó un cuestionario adaptado, que exploraba diferentes dominios comunicativos relacionados con: la relación enfermera-paciente, la información recibida, el tiempo empleado, los procedimientos en la sala de curas y toma de decisiones en la consulta de Enfermería.</p> <p>Mediante pregunta cerrada, con cuatro opciones de respuesta, se le preguntaba al paciente su opinión sobre el grado de satisfacción en los diferentes dominios explorados. Una pregunta abierta recogía los posibles deseos de cambio respecto a la participación. El cuestionario, seleccionado por conveniencia, fue la readaptación de otro utilizado por Levy Storms, L et al, para valorar la satisfacción de ancianos residentes en centros geriátricos. Se comprobó previamente su validez de consenso y aparente, posteriormente fue objeto de un pilotaje con 60 usuarios procedentes de dos Centros de Salud, uno rural y otro urbano, donde se verificó la viabilidad del sistema organizativo y de recogida de información establecido, y se revisó asegurándose de que la redacción de las preguntas era entendida por los pacientes.</p> <p>Tras el pilotaje se realizaron modificaciones organizativas y estructurales para el correcto desarrollo del trabajo de campo.</p>
	Participaron 335 pacientes. Se obtuvo un 76,5% de satisfacción en las respuestas cerradas respecto a los procedimientos utilizados en la sala de curas, sin

<p>Resultados</p>	<p>embargo el 26,1% de los pacientes planteo alguna sugerencia o propuesta de cambio en las respuestas abiertas. Al 89,1% de satisfacción en información recibida en respuestas cerradas, el 16,1% hizo sugerencias de cambio en las respuestas abiertas. En cuanto a la relación enfermera paciente, los resultados fueron: un 94,2% mostraba satisfacción frente a un 7,5% que planteó sugerencias en preguntas abiertas; en referencia al tiempo empleado la satisfacción oscilo del 88,5% al 16,8%.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los hallazgos obtenidos en el presente estudio, en el que se compara en un cuestionario dos tipos de preguntas, abiertas y cerradas, la opinión directa e indirecta que tienen los usuarios sobre la actuación de los profesionales de enfermería que les atienden en los centros de salud, en cuatro dominios comunicativos: relación enfermera-paciente, información dada por la enfermera, tiempo empleado, procedimientos en la sala de curas y la toma de decisiones en la consulta de Enfermería, revelan algunos aspectos importantes de gran interés que pasamos a comentar.</p> <p>Podemos considerar que la existencia de estas “sugerencias de mejora” matiza el grado de satisfacción, al menos en aquellos pacientes que, en las preguntas cerradas, se declaraban satisfechos o muy satisfechos reduciendo este nivel de satisfacción inicial. Por tanto se plantea el hecho de que las encuestas de satisfacción directas ampliamente utilizadas en el entorno sanitario, inducen por su estructura de preguntas cerradas a respuestas que tienden a sobrevalorar el grado de satisfacción de los pacientes y que consecuentemente la introducción de preguntas abiertas inducen a plantear propuestas de optimización permitiendo detectar y visibilizar áreas de mejora concretas sobre los dominios explorados.</p> <p>En este apartado se han hecho diferentes consideraciones a partir del aspecto relacional enfermera paciente y su influencia en la satisfacción de este último. Lo que conduce a considerar que la mejora en ese aspecto relacional, no solo influiría en la satisfacción del paciente sino también en una de las funciones fundamentales en el ámbito de la Enfermería de Atención Primaria, La Educación para la Salud.</p>

Análisis Personal

Brindar al paciente una atención humana con calidad significa dedicarle el tiempo para que éste resuelva todas las dudas y logre transmitir la información necesaria para ofrecerle cuidados significativos que le ayuden a enfrentar con autonomía y seguridad su enfermedad. Cuando nos ponemos en el lugar del paciente ganamos en confianza y reconocimiento pero también en profesionalismo, ya que no solo ponemos al servicio del paciente unos conocimientos sino que involucramos los valores que como personas tenemos. Escuchar las sugerencias de los pacientes y usuarios de los servicios, sea cual sea, es la mejor herramienta para optimizar los recursos que tenemos en salud.

Este estudio realizado en Córdoba y provincia (España) deja ver que en el ámbito de salud independientemente el lugar, los usuarios perciben dificultades similares en la atención con los profesionales: la falta de comunicación asertiva y el tiempo que dedicamos a la atención.

Por supuesto, el sistema de salud y la rentabilidad que debe tener nos obliga a ampliar la cobertura y la atención a más personas, pero la pregunta que surge es ¿qué pasa con el tiempo y la calidad de información que estamos dando a los usuarios?, ¿se ve reflejada la atención en la calidad de vida de la comunidad?

Se debe recordar todo el tiempo y poner en práctica, cada una de las enseñanzas y experiencias que vamos recogiendo en el desarrollo profesional para que siempre se vea reflejado en las correctas decisiones con los usuarios de un servicio, cabe anotar que no solo es un servicio profesional y técnico sino también un servicio humano al lograr ponernos en el lugar de la otra persona que no solo viene a nosotros con dolencias del cuerpo sino del alma.

Dentro de las estrategias que se deben implementar en la atención es el mejoramiento de los sistemas de información y retroalimentación con el usuario del sistema y reconocer que hoy en día los usuarios tienen más facilidad de acceso a conocer y entender sus derechos y deberes.

5. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.5 Calidad de servicio percibido según modelo Servqual, del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los Pacientes.
Autor y Año	Campos Soto Rosario, 2008. Publicada 2013.
Ubicación del artículo (base de datos)	Google académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Soto, R. C. (2013). Calidad de servicio percibido según modelo SERVQUAL, del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los pacientes, 2008. Revista Enfermería A la Vanguardia, 1(01).
Objetivo del artículo	Determinar la calidad del servicio de salud que brinda el Hospital Santa María del Socorro, según el modelo SERVQUAL
Palabras Clave	Calidad, servicio de salud, satisfacción, paciente.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En los últimos años se han desarrollado muchas iniciativas a favor de la calidad en las instituciones del Sector Salud, con muchas limitaciones, pero también con algunos éxitos, y sobre todo con experiencias acumuladas que no deberían ser desestimadas; entre ellas podemos mencionar círculos de calidad, el impulso a la autoevaluación, la auditoría en salud, la acreditación de establecimientos de salud, la puesta en práctica de guías de práctica clínica, la preocupación por la medición de la satisfacción del usuario así como el desarrollo de proyectos de mejora y acciones para el incremento de la calidad en hospitales y establecimientos del primer nivel de atención.</p> <p>Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 20 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. En esta visión el Ministerio de Salud, ha planteado estrategias nacionales y locales, con la finalidad de incrementar la satisfacción del usuario, que se constituye como indicador de la calidad de los servicios recibidos, y punto de partida para sentar las</p>

	<p>bases de una mejora continua de la calidad.</p> <p>La calidad de los servicios se mide usualmente según el modelo de las discrepancias entre las expectativas generadas en los usuarios y sus percepciones respecto al servicio recibido por un proveedor específico, lo cual constituye una medida de la calidad en el servicio. Esta teoría dio sustento a Parasuraman, Zeithaml y Berry a formular un instrumento de medición de la calidad de los servicios conocido como Servqual, que tiene elevada confiabilidad y validez comprobada para medir la calidad de servicios, existen muchas referencias en la literatura sobre su aplicación, uso y adaptaciones para medir la calidad de servicios de salud. En este marco el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre la calidad del servicio de salud que brinda el Hospital Santa María del Socorro, y la satisfacción de los pacientes.</p>
Muestra	<p>Se seleccionaron intencionalmente, 216 usuarios nuevos como parte de la muestra, que concurrieron al hospital por primera vez, de ambos sexos, de 15 a 75 años de edad, que solicitaron atención en los consultorios externos, emergencia y los programas del Hospital Santa María del Socorro (HSMS) de Ica.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Es un estudio Descriptivo correlacional, Transversal, la muestra estuvo conformada por 216 usuarios nuevos de 15 - 75 años de edad seleccionados intencionalmente. Se aplicó la encuesta SERVQUAL para recolectar los datos, cuestionario integrado comprendido en 5 partes, y 48 preguntas, se determinó mediante Alfa Cronbach, cuyo resultado fue 0,884 Se utilizó la estadística descriptiva, la media aritmética y la desviación estándar, se procesó la información utilizando Excel y el software estadístico SPSS 13.1, se utilizó el analizador chi cuadrado, la hipótesis se probó mediante t de student para 5% de error muestral y 95% de confianza. Vincula las variables: calidad de servicio y satisfacción del usuario.</p>
Resultados	<p>El 75,4 % de los pacientes percibieron que el servicio de salud recibido fue de buena calidad, el 88,8% de ellos valoraron como buena las expectativas sobre la calidad de servicio, el 82,4%, de los pacientes manifestaron que estaban satisfechos con la atención recibida.</p>
	<p>La calidad de servicio que brinda el Hospital Santa María del Socorro, debe orientarse hacia la excelencia, para</p>



Discusión	<p>ello sugerimos una mejora continua, a través del monitoreo de los indicadores que señalen las evaluaciones periódicas, tomando en cuenta los resultados de la presente investigación. Siendo el mayor nivel de percepción, el que corresponde a la empatía (valor medio fue 3,937), se hace necesario darle sostenibilidad y fortalecer la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a los usuarios. Siendo menor nivel de percepción el que corresponde a la confiabilidad (valor medio fue 3,487), es necesario instruir al personal de salud para que mejoren su capacidad de brindar el servicio en forma precisa y digna de confianza.</p> <p>Para disminuir la insatisfacción del 15,3% de los usuarios, es conveniente mejorar la calidad de servicio en todas sus dimensiones poniendo énfasis en la confiabilidad, los elementos tangibles, y la empatía con el personal de salud, la presentación del personal, los sistemas de información y comunicación, que han sido valorados con menor puntaje en las dimensiones del modelo SERVQUAL.</p> <p>Se debe conservar y hacer lo posible para mejorar la buena imagen que tiene el Hospital para el 82.4% de los usuarios, con un trabajo corporativo institucional y de mejora continua del servicio que se presta. El personal de salud debe ser más cálido con el paciente, y la gestión administrativa más eficaz.</p>
Análisis Personal	<p>La administración de cualquier organización es la columna vertebral, por ende la encargada de buscar continuamente herramientas para obtener la satisfacción de los usuarios y brindar cada vez mas mejores servicios, por eso invertir en la calidad es primordial y contar con la opinión de los usuarios de manera efectiva y directa y así corregir a tiempo los errores o dificultades que se tengan en la prestación del servicio. Nuevamente se hace énfasis en el trato cálido y la empatía que se debe tener cuando se trabaja con la vida y las necesidades de la persona. Al escoger el tipo de muestra involucrada en éste artículo llama la atención las edades, ya que son o muy jóvenes o muy adultos mayores, lo que por supuesto tiene una significancia ya que se presentan diversas formas de ver el servicio recibido, la comprensión de lo que se le informa, además que al ser una muestra</p>

	intencional lo que puede llevar a sesgos.
--	---

6. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.6 Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto nacional de salud del niño de Lima, Perú
Autor y Año	Roberto Shimabuku, Luis Huicho, Danitza Fernández, Graciela Nakachi, Ruth Maldonado, Armando Barrientos, 2012.
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico - Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Shimabuku R, Huicho L, Fernández D, Nakachi G, Maldonado R, Barrientos A. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto nacional de salud del niño de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012; 29(4):483-89.
Objetivo del artículo	Determinar los cambios de los niveles de insatisfacción del usuario externo del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú.
Palabras Clave	Satisfacción del paciente; Calidad de la atención de salud; Salud del niño; Hospitales públicos; Perú.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Calidad en los servicios de salud y satisfacción del paciente están estrechamente relacionados. El grado de satisfacción del acompañante del paciente pediátrico cumple una función importante en la atención médica. Se trata, en primer lugar, de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del paciente.</p> <p>En segundo lugar, se trata de un resultado de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también un signo de éxito para la institución sanitaria.</p> <p>En tercer lugar, la satisfacción del paciente asegura que cumpla su tratamiento, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en lograr su mejoría.</p>

	<p>Por extensión, mala calidad de la atención se asocia con insatisfacción del paciente, lo cual se refleja en quejas, reclamos y denuncias en los medios de comunicación, impacto en la sociedad, desprestigio de las instituciones y, en algunos casos, en procesos judiciales.</p> <p>La evaluación de la insatisfacción debería contribuir al planteamiento de mejoras en la atención hospitalaria, además de servir de referente de atención para otros establecimientos de salud.</p> <p>El objetivo del presente estudio fue evaluar los cambios en los resultados de las encuestas realizadas sobre los niveles de insatisfacción del usuario externo del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), de Lima, Perú, entre los años 2008 al 2010. El INSN es un establecimiento de salud del más alto nivel de complejidad según la Norma Técnica de Categorías de establecimientos de salud del MINSA (III-2) dedicado exclusivamente a la atención de niños y adolescentes menores de 18 años.</p>
<p>Muestra</p>	<p>La población estuvo conformada por los usuarios externos (padres y acompañante del paciente) de las áreas de consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia del INSN en los años 2008, 2009 y 2010.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Estudio observacional basado en un programa para la evaluación de encuestas de usuarios en salud (SEEUS).</p> <p>El SEEUS evalúa la insatisfacción en seis dimensiones (capacidades médicas, higiene, aspectos tangibles, trato al usuario, tiempo, y otros).</p> <p>La población estuvo conformada por todos los acompañantes del usuario externo en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia en los años 2008, 2009 y 2010. Para el cálculo del tamaño muestral se empleó la proporción de usuarios insatisfechos de cada servicio del año anterior, con un nivel de confianza del 95% y un error estimado del 5%.</p> <p>La entrevista a los usuarios externos mayores de 18 años que aceptaron ser entrevistados se efectuó a la salida de la consulta externa, previa verificación de haber</p>

	<p>recibido atención ambulatoria a través de la inspección de recetas y órdenes de exámenes auxiliares correspondientes al mismo día de la entrevista.</p> <p>Similar procedimiento se aplicó en emergencia. En hospitalización se entrevistó a la madre o tutor acompañante, la duración de cada encuesta fue de quince minutos aproximadamente.</p> <p>La recolección de datos fue realizada por el personal de orientación, en forma anónima y sin uniforme. Dicho personal recibió capacitación previa sobre técnicas de entrevista por parte de miembros de la Oficina de Gestión de la Calidad del INS.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se obtuvo una muestra de 2051 acompañantes, en la cual se constató una tendencia decreciente de los niveles de insatisfacción en consulta ambulatoria, y un aumento de la insatisfacción en la dimensión capacidades médicas en hospitalización y emergencia. Se encontró además, índices de insatisfacción menores de 0,20 en las dimensiones capacidades médicas en consulta ambulatoria.</p> <p>En contraste, los mayores índices de insatisfacción se encontraron en las dimensiones de higiene durante los años 2009 (0,25) y 2010 (0,25), y otros en emergencia durante el 2009 (0,25).</p>
<p>Discusión</p>	<p>La principal ventaja de este estudio es que compara los niveles de insatisfacción para tres periodos anuales consecutivos, y brinda información útil sobre la evolución de las dimensiones con mayores fortalezas y aquellas que requieren mayor trabajo. Esta información constituyó un instrumento importante que la gestión del INSN utilizó para planificar estrategias de mejora y fortalecimiento de los servicios en las diversas áreas asistenciales mencionadas.</p> <p>Entre las medidas adoptadas para mejorar la calidad del servicio se incluyen medidas de mejoramiento de la infraestructura, de la señalización, mejoras en diversos pasos del proceso de atención para reducir el tiempo de espera, la reubicación del área de admisión y del ambiente de seguro integral de salud para reducir el</p>



	<p>hacinamiento, el acceso a la farmacia, el dictado de cursos de buen trato al usuario y de clima organizacional, entre muchas otras.</p> <p>El estudio tiene limitaciones, la primera es la posible presencia de un sesgo de medición ya que en el recojo de muestra participaron entrevistadores institucionales (personal de orientación); sin embargo, cabe señalar que dicho personal es el que tiene un menor vinculo institucional lo cual minimiza la posibilidad de parcializarse a favor de la institución. Otra limitación fue que en nuestro estudio no se incluyó el uso de otros instrumentos de verificación de la calidad en las diversas áreas, instrumentos comúnmente utilizados en la evaluación del tiempo real de espera, del manejo de casos, verificación de la infraestructura, de la disponibilidad de equipos, medicamentos e insumos, entre otros; ello no permite controlar la subjetividad del usuario externo producida en función a si el motivo por el cual acudió en busca de atención fue solucionado o no.</p> <p>En estudios futuros se puede combinar el instrumento que utilizamos con estos mencionados, de modo que podamos obtener una evaluación más integral de la calidad del servicio brindado.</p> <p>En conclusión, las dimensiones que tuvieron un mayor índice de insatisfacción fueron aspectos tangibles, higiene y otros en hospitalización y emergencia durante el periodo de estudio frente a los cuales se han efectuado mejoras cuyas repercusiones se están evaluando. La dimensión capacidades médicas en consulta ambulatoria mostró los menores niveles de insatisfacción a lo largo del tiempo, constituyendo una fortaleza que debe utilizarse para mejorar aún más el grado de satisfacción del usuario externo.</p>
Análisis Personal	<p>Para los usuarios de los servicios de salud es primordial además de los aspectos humanos de la atención (intangibles), los aspectos tangibles ya que hacen parte integral de la atención y prestación del servicio, un ejemplo es que cuando se está cómodo en adecuadas instalaciones y que estén higiénicas la estancia se hace más llevadera y por ende también se contribuye a la recuperación de la salud.</p>

7. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.7 Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica
Autor y Año	Autores: Helen Moraga Moraga ¹ , Ricardo González Cascante ² Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	LILACS
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Moraga Moraga, H., & González Cascante, R. (2011). Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica. Revista Costarricense de Salud Pública, 20(1), 44-48.
Objetivo del artículo	Analizar la satisfacción del usuario del laboratorio clínico del Área de Salud de Cariari que se realiza exámenes urgentes bajo las dimensiones de capacidad de respuesta, ccesibilidad, cortesía, confort, comunicación y profesionalismo.
Palabras Clave	Satisfacción del Paciente, Calidad de la Atención de Salud, Técnicas y Procedimientos de Laboratorio, Costa Rica. fuente: DeCS, BIREME)
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Los laboratorios han estado evolucionando en la calidad del servicio que brindan en los últimos diez años, desde la localidad hacia la escala mundial (desde normas locales, regionales y nacionales de calidad hasta llegar al cumplimiento de normas internacionales), pasando de evaluar sólo indicadores de precisión y exactitud hasta llegar a garantizar la satisfacción del usuario, contando los profesionales del laboratorio clínico hoy con normas como la ISO 15189 que a su vez exige la satisfacción de otras normas como la ISO 31, la ISO Guía 31, la ISO/IEC Guía 431, la ISO 9000/2000 y la ISO/IEC 17025:1999. En Costa Rica se han realizado estudios de satisfacción al usuario de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, como es el caso del Área de Salud de Puriscal en donde se valoró el trato del personal de salud en los diferentes Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) compuestos por médicos, auxiliar de enfermería, técnicos de atención primaria y secretaria y el cual resultó bueno (puntaje de 9 – 10). En el caso del laboratorio clínico se calificó el trato del personal obteniéndose un puntaje de 9 – 10 en sólo el 60 % de los

	<p>encuestados.</p> <p>En ésta Área de Salud lo que más le agradó al paciente fue la buena atención, trato del personal, accesibilidad, atención rápida, charlas educativas, comodidad, eficiencia y tratamientos. Lo que menos agradó fue la espera, falta de cupo, mal trato, falta de higiene, desorden, mala atención médica, ruido y planta física.</p> <p>Actualmente no hay publicaciones de estudios anteriores de satisfacción al usuario del laboratorio de esta área, lo cual motivó realizar un diagnóstico atinente, especialmente argumentándose en el hecho de que sólo hasta hace muy poco, en el año 2006, empezó a funcionar una contraloría de servicios en este centro de salud (Análisis de Situación Integral de Salud EBAIS Ticabán 2007, 2008 y entrevista a contralora Área de Salud Cariari- 2008). El presente estudio analiza la satisfacción del usuario (paciente) del laboratorio clínico del Área de Salud de Cariari que se realiza exámenes urgentes bajo las dimensiones de capacidad de respuesta, accesibilidad, cortesía, confort, comunicación y profesionalismo.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Análisis Estadístico</p> <p>El cálculo de n se detalla a continuación tomando en cuenta resultados del estudio del Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica 2002 y buscando un nivel de confianza del 95% (6, 7):</p> $n = z^2pq/d^2$ $n = (1.96)^2(0.70)(0.30) / (0.05)^2 = 322.69 \approx 323$ <p>El tamaño de la muestra calculado fue de 323 usuarios. Sin embargo, la muestra utilizada fue de 344 usuarios del laboratorio encuestados.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La población en estudio fueron los pacientes que solicitaron o se realizaron exámenes urgentes en el Área de Salud de Cariari en el primer semestre del 2009.</p> <p>Se realizó muestreo al azar con pacientes del primer turno ya que es donde se realiza la mayor cantidad de exámenes y donde existe la mayor probabilidad de realizar las entrevistas. Se les tomó la información a los usuarios del laboratorio clínico</p>

	<p>que llegaron a realizarse exámenes urgentes entrevistándolos con el Instrumento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario de la Organización Panamericana de la Salud (5) el cual, para fines de aplicación, fue adaptado a la realidad del laboratorio clínico del Área de Salud Cariari.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Aunque la mayoría de los pacientes (61 %) consideran como accesible la ubicación del laboratorio clínico (y por ende la sede del Área de Salud Cariari que es donde está ubicado), una porción importante (39 %) opina que no es fácil para ellos acceder las instalaciones.</p> <p>Además, los pacientes opinan en su mayoría (71 %) que estuvieron cómodos en la sala de espera. El 85 % opino que el cubículo de toma de muestras era cómodo. El 94 % opino que fue adecuada la limpieza cuando hizo uso del laboratorio clínico. El 78% de los entrevistados considera que la toma de muestra no fue molesta para ellos y el 81 % considera que la atención recibida es profesional. La mayoría de los pacientes (89 %) consideran que se brinda un trato amable en ventanilla y 90 % expresó haber recibido un trato amable en la toma de muestras.</p> <p>El 82 % de los entrevistados señalan haber recibido toda la información necesaria. En cuanto a la fidelidad de los usuarios, el 92% de los entrevistados manifestó que volverían a realizarse exámenes en el laboratorio del Área de Salud Cariari. La mayoría de los pacientes (88 %) considera que el tiempo de espera para la toma de muestra es rápido, en tanto que el tiempo de espera para recibir el resultado de exámenes urgentes es prolongado para el 65 % de los entrevistados. La comunicación del personal de toma de muestras fue clara para la gran mayoría de los entrevistados (92 %).</p>
<p>Discusión</p>	<p>Con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes se debe reforzar el recurso humano, automatizar pruebas y adquirir equipos de mayor capacidad de procesamiento.</p>
<p>Análisis</p>	<p>El proceso de laboratorio clínico es crítico en casi toda institución en esta se encontró que la mayoría de los encuestados se siente bien con el servicio, pero el único reparo es la entrega de los resultados que debería ser más rápido.</p> <p>Las instituciones se deben caracterizar por la preocupación en la satisfacción de los usuarios que demandan sus servicios,</p>

Personal	<p>permitiendo la aplicación de proyectos de mejoramiento encaminados al bienestar no solo de la institución sino de sus pacientes.</p> <p>Un laboratorio clínico debe contar con colaboradores asistenciales y administrativos comprometidos con sus funciones y su forma de realizar su trabajo, teniendo responsabilidad por el usuario y por el cargo desempeñado. Sin embargo, como todo proceso de producción de bienes presenta cuellos de botella, y se puede dar por una mala distribución de carga laboral y formas inadecuadas de operación, factores que se les debe dar la suficiente importancia y actuar sobre ellos porque en gran parte una buena atención depende de la calidad con la que se preste y los resultados que se obtienen.</p>
-----------------	--

8. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.8 Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios
Autor y Año	<p>Autores: JORGE RIVEROS S, CARMEN BERNÉ M, JOSÉ M. MÚGICA</p> <p>Año: 2010</p>
Ubicación del artículo (base datos)	Scielo
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	RIVEROS S, J. O. R. G. E., BERNÉ M, C. A. R. M. E. N., & Múgica, J. M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. Revista médica de Chile, 138(5), 630-638.
Objetivo del artículo	Evaluar las percepciones de los proveedores de salud y los clientes acerca de la gestión y satisfacción con los servicios prestados.
Palabras Clave	Marketin servicios de salud, Gestión atención a los pacientes
Conceptos	



manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La naturaleza interactiva de los Servicios de Salud y su simultánea producción y consumo, elevan la necesidad de examinar las percepciones de implicados en el encuentro, tanto de profesionales como de usuarios (clientes). Las percepciones de los profesionales afectan el diseño y la entrega de los servicios ofrecidos; mientras que las de los clientes, generalmente se enfocan en la atención recibida. Desde el punto de vista del marketing, ambas perspectivas se complementan para proporcionar una comprensión completa de la calidad percibida del servicio.</p> <p>En consecuencia, es esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad de servicio; desde el conocimiento, entendimiento y aceptación del punto de vista del usuario. Así, no es de extrañar que sean cada vez más frecuentes las experiencias destinadas a incorporar la perspectiva del usuario a la hora de definir y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. En el contexto de las reformas al sistema de salud, la visión del usuario es aceptada como información necesaria para la gestión y se apunta a una aplicación personalizada de las prioridades individuales. La definición del dominio y la medición de la calidad del servicio han tenido un largo recorrido, con avances habilitados generalmente a través de encuestas de satisfacción al paciente, primero sobre mediciones globales y después sobre elementos del servicio.</p>
Muestra	La investigación se llevó a cabo en dos hospitales públicos del sur de Chile (H1 y H2), siguiendo la metodología de investigación por casos de estudio, que obtiene conclusiones útiles mediante la exploración conceptual y análisis generalmente cualitativos; aunque también puede aprovechar métodos cuantitativos para descubrir patrones en los datos
Intervención y proceso medición	Para ambos casos, se desarrolló primero un análisis cualitativo, tanto desde fuentes secundarias: memorias de los establecimientos, bases de datos de pacientes y otros documentos proporcionados por ambos centros; como desde fuentes primarias: reuniones informales mantenidas con responsables de los hospitales y usuarios-pacientes de servicios ambulatorios y de hospitalizados. Este análisis sirvió para ubicar con mayor confiabilidad, facilidad y rapidez los aspectos de interés para la investigación: la guía de entrevistas en profundidad, desarrolladas con personal directivo y administrativo superior, y el contenido de

	<p>cuestionarios utilizados para el desarrollo de análisis cuantitativos; los que siguieron a continuación, apoyados también por la literatura de marketing general (Vázquez R, Santos M, Díaz A, Álvarez L. Estrategias de Marketing: Desarrollo de Investigaciones sobre Orientación al Mercado y Marketing de Relaciones. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1999), y la de marketing de salud en particular (Saturno P. Exploración de necesidades y expectativas. Métodos y Herramientas para el diseño de la calidad. Murcia: Universidad de Murcia, 2002. p. 17-59). Los instrumentos fueron sometidos a una puesta en común con representantes de las partes implicadas, intentando cuidar la adecuada relación entre las mismas en pro del buen desarrollo de la investigación, la necesaria independencia de la misma y el aporte espontáneo de todos.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Para el caso de H1, la tónica general fue que las percepciones medias de los usuarios superaron a las de funcionarios. Mostraron así los primeros una actitud menos crítica, en la línea apuntada por investigaciones anteriores en el ámbito específico de satisfacción del usuario.</p> <p>El análisis de contraste de medias permite establecer diferencias significativas entre las percepciones de los dos grupos. Así, existen variables cuya valoración arrojó percepciones inferiores de los usuarios respecto a los funcionarios. Se trata de: “Compromiso de funcionarios por satisfacer necesidades y problemas de salud de los usuarios” que mide el compromiso profesional y ético, (; “Existe preocupación por resolver las quejas y reclamos que plantean los usuarios” y “Disponibilidad de medios apropiados de comunicación donde los usuarios pueden informar al hospital acerca de la calidad de atención que están recibiendo”.</p> <p>La mediana de la percepción los clientes acerca de la calidad del servicio era mejor que la de los proveedores de ambos hospitales. La comunicación de los hospitales con los clientes para ofrecer información oportuna recibió una mala evaluación tanto de los proveedores y clientes.</p> <p>Sin embargo, la preocupación de los hospitales sobre el cuidado de la salud de la comunidad se considera adecuada. El grado de satisfacción las cuestiones concretas tales como paneles de información y la infraestructura física recibida evaluación similar tanto por los proveedores y</p>

	<p>clientes.</p>
<p>Discusión</p>	<p>El análisis realizado concluye información valiosa para mejorar la toma de decisiones de la gestión, desde la identificación de puntos fuertes y puntos débiles de la misma, para cada hospital estudiado. Consecuentemente, distintas áreas de mejora emergen a través de la comparativa de percepciones, que conjugan expectativas y resultados, de las figuras clave implicadas en el encuentro del servicio: usuarios-pacientes y empleados-funcionarios.</p> <p>Además, la utilidad del proceso seguido se extiende en relevancia social, en la medida que puede ser replicado en otros establecimientos de salud, tanto públicos como privados, interesados en buscar, desarrollar e implementar medidas que mejoren el proceso de atención al usuario, esto es, calidad de servicio.</p> <p>Por otra parte, el avance en la línea de investigación pasa por el estudio de la implementación de métodos intensivos de seguimiento de las mejoras conseguidas en los hospitales, de la influencia en la efectividad del sistema de salud, tanto de variables internas, como formas de motivación e incentivos de productividad, como externas, esto es, modelos que incluyan características de los atendidos, tamaño de la población que atiende el centro de salud, ámbito de cobertura del mismo, etc. Así mismo, una metodología que permita la estandarización del análisis de deficiencias concretas puede resultar muy útil para cada centro de salud, no sólo en términos genéricos, sino por tipo de atención, especialidad médica y clínica, y tipo de dolencia.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Las áreas y unidades de Gestión Clínica ofrecen resultados sustancialmente mejores con el seguimiento. Un adecuado clima organizacional favorece la productividad y debe ser tenido en cuenta dentro de cualquier entidad donde laboren personas; para ello se deben implementar procesos de evaluación y seguimiento continuo al bienestar personal de tal forma que permita detectar desviaciones que influyan en los resultados generales esperados por la entidad y realizar los correctivos requeridos.</p> <p>El clima organizacional se ve involucrado directamente con la buena atención y prestación de los servicios que se ofrecen donde laboramos, el Stress, el cansancio, la contratación son</p>

	<p>otros de los impactos que conllevan a tener una buena prestación de servicios, se deben evaluar estas determinantes y combatirlas para mejorar la calidad en la atención.</p>
--	--

9. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.9 Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario
Autor y Año	<p>Autores: Ma. del Carmen Gogeoascoechea-Trejo,¹ Patricia Pavón-León, Ma. Sobeida L. Blázquez-Morales, Carlos R. Blázquez-Domínguez, Ivonne Raba e-Suárez.</p> <p>Año: 2009</p>
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gogeoascoechea–Trejo, M. C., Pavón-León, P., Blásquez-Morales, M. S. L., Blásquez-Domínguez, C. R., & Rabatte-Suárez, I. (2009). Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario. Rev Med UV, 9(1), 6-10.
Objetivo del artículo	Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios desde la perspectiva del trato recibido en los servicios del hospital, con el fin de conocer las condiciones en las que la atención se otorga.
Palabras Clave	Trato adecuado, satisfacción del usuario, calidad de la atención en salud, hospital.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Uno de los principales retos del sistema de salud en México es mejorar la calidad de la atención, y en los últimos años las instituciones de salud han centrado su interés en este tema.</p> <p>En términos de la evaluación de la calidad de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es uno de los aspectos que debe tomarse en cuenta como parte sustantiva de la atención, considerándola como una forma de evaluar los servicios otorgados y como una estrategia para mejorar su planeación y organización.</p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud, es el mejorar el nivel y la distribución del trato adecuado a los</p>

	<p>usuarios de los servicios de salud, entendiéndose este término como lo que sucede cuando los servicios de salud se diseñan y prestan, tomando en consideración las expectativas y preferencias de los usuarios en aquellos aspectos de su relación con los servicios de salud que no son propiamente médicos; mientras que el concepto de satisfacción del paciente se relaciona tanto con las interacciones clínicas como con aspectos no médicos</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se realizó un muestreo estratificado proporcional de los usuarios que acudieron a los servicios de consulta externa, Rev Med UV, Enero - Junio, 2009 7 hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado a través de una entrevista personal, confidencial y autorizada. El instrumento de medición se basó en el cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño realizada en México por la Secretaría de Salud, adaptado y validado para tal fin por el equipo de investigación.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Estudio observacional, transversal y descriptivo, La variable dependiente fue satisfacción del usuario. Las variables independientes fueron atención pronta, trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad, calidad de las instalaciones y servicios, acceso a redes sociales y de apoyo. Se consideró permanente agregar los dominios dimensión técnica, equipamiento y percepción de la calidad de la atención. Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo, durante los meses de abril y mayo de 2008 en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, institución que ofrece atención a población abierta en el área de Ginecología y Obstetricia.</p> <p>La variable dependiente fue satisfacción del usuario del servicio. Las variables independientes fueron atención pronta, trato digno, comunicación, autonomía, confidencialidad, calidad de las instalaciones y servicios, acceso a redes sociales y de apoyo. Se consideró permanente agregar tres dominios más que califican la dimensión técnica, el equipamiento y la percepción de la calidad de la atención en general. Además se incluyeron las variables edad, escolaridad, número de visitas al hospital y días de estancia hospitalaria. Las preguntas del cuestionario presentaban 5 opciones de respuesta con una escala Likert: muy malo, malo, moderado, bueno y muy bueno. Se consideró que los entrevistados aprobaban el reactivo cuando calificaban como</p>

	<p>bueno o muy bueno. La base de datos se diseñó en Excel. Los datos se analizaron en el software estadístico Statistic. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables con frecuencias, porcentajes, media estadística y desviación estándar.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se realizaron un total de 847 entrevistas, de las cuales 387 correspondieron a las usuarias de consulta externa, 69 en hospitalización y 391 a los usuarios de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento. El nivel de satisfacción promedio en el hospital fue de 97.6%. La dimensión técnica, la confiabilidad y el trato digno, fueron los dominios que tuvieron niveles altos de aprobación en todas las áreas, mientras que la atención pronta, la autonomía y la calidad de las instalaciones y servicios, tuvieron menor aprobación. En la misma unidad de atención, por lo que es importante tomar en cuenta los puntos de mejora.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En términos generales, las características demográficas de las usuarias, indican que la edad promedio de las usuarias del hospital es similar a la informada en otros estudios sobre el tema con mujeres en atención ginecoobstétrica.^{7,8} Asimismo, la mayoría de las usuarias se encontraban en el rango de edad de 15 a 25 años, lo que muestra la tendencia a embarazos en mujeres jóvenes.</p> <p>Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que el nivel de satisfacción del usuario global es alto (97.6%), coincidiendo con los porcentajes elevados manifestados en otros estudios ^{7, 8,9}. Se manifestó una tendencia de satisfacción mayor en el área de hospitalización, y se lograron identificar algunos elementos que influyen sobre la satisfacción manifestada por los usuarios del servicio.</p> <p>En las tres áreas de estudio: consulta externa, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, el dominio con mayor porcentaje de aprobación fue Dimensión técnica, es decir, que el usuario aprueba los conocimientos del personal de salud para resolver el motivo por el cual solicitó la atención en el hospital. Asimismo, los usuarios de estas áreas coincidieron en calificar como malo o muy malo el dominio Calidad de las instalaciones y servicios, entendiéndose que no están conformes con las condiciones de los espacios físicos y la limpieza del hospital. Además del dominio anterior, en el área de consulta externa, Atención pronta obtuvo bajos porcentajes</p>

	de aprobación; mientras que en hospitalización, Autonomía también fue calificado con niveles bajos.
Análisis Personal	<p>La evaluación de la satisfacción del usuario implica una forma diferente de observar la calidad asistencial no solo en una forma cuantitativa y cualitativa de índole observativo sino además expresa vivencias de hechos genuinos aquellas necesidades que se expresan y las que no se expresan pero se sienten y se obtiene de parte de los usuarios. Se deben hacer las cosas bien lo mejor posible para tener una comunidad satisfecha.</p> <p>Uno de los objetivos fundamentales en una institución es el de dirigir todos sus procesos para satisfacer las necesidades sociales de la comunidad, es por esta razón que día a día se desarrollan estrategias que definen las tácticas necesarias para contribuir a la generación de acciones que beneficien a la comunidad. De ahí que desde la alta gerencia de la institución exista la iniciativa de impulsar actividades como los toldos saludables, los procesos de educación continuada al cliente interno y externo y todo lo relacionado con la responsabilidad social y empresarial.</p>

10.MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.10 Modelo “plural-integral” de atención primaria a la salud y satisfacción de los usuarios
Autor y Año	Autores: José de Jesús Jaime Guzmán , José G. Vargas-Hernández Año: 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	JAIME GUZMÁN, J. D. J., & VARGAS HERNÁNDEZ, J. G. (2013). Modelo “plural-integral” de atención primaria a la salud y satisfacción de los usuarios. Criterio Libre, 11(18), 155-168.
Objetivo del artículo	Proponer la implementación de un modelo plural-integral de atención primaria a la salud en México que agilice el ingreso de las personas a estos servicios y garantice la satisfacción de los usuarios.



Palabras Clave	Atención primaria, salud, calidad de la atención, satisfacción de usuarios
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La iniciativa de realizar el presente trabajo surge de la necesidad percibida de mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención primaria a la salud (APS) en México, considerándose que se requiere lograr una mayor flexibilidad en el acceso al sistema mediante la utilización de un modelo “plural” e integral que, por un lado, agilice el ingreso de las personas a estos servicios y por el otro, garantice un estándar de calidad y aumente su nivel de satisfacción. Por ello se realizó una revisión de la información existente acerca del tema que permita introducirse en él y generar una propuesta que cambie los paradigmas establecidos al respecto de la tradicional oferta de los servicios de APS en el país.</p> <p>Se considera que los sistemas de atención a usuarios, en especial en el caso de la salud, representan un nicho de oportunidades de mejora ya que en los diversos espacios de contacto de los pacientes con los prestadores de servicios, puede generarse un número importante de casos de insatisfacción, ya sea con el tiempo de espera, con el trato recibido o con el diferimiento de la atención especializada, la cual puede llegar a retrasarse de dos a tres meses e incluso en algunos casos, por mayor tiempo.</p>
Muestra	Para ilustrar lo anterior, en un estudio llevado a cabo en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2007.
Intervención y proceso medición	Entre los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se otorga cada vez mayor importancia, está la satisfacción del paciente con la atención recibida, ya que la satisfacción representa la experiencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene una persona con respecto a algo. Si se pretende ofrecer servicios de mayor calidad y formar instituciones de excelencia, entonces la evaluación de la satisfacción de los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo se está y qué falta para llegar a cumplir las expectativas de unos y otros (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llanta-Abreu, Peña Fortes, Infante Ochoa, 2008). Una herramienta muy valiosa para conocer la satisfacción de los usuarios son las encuestas, porque proporcionan información sobre la satisfacción de los usuarios en cuanto al trato recibido y permiten fijar o ajustar los objetivos a lograr con las mejoras llevadas a cabo.

<p>Resultados</p>	<p>En diversos países se están implementando sistemas de atención a la salud orientados a la atención primaria y están obteniendo mejores resultados sobre la salud de su población y son más eficientes.</p> <p>se observó que en una unidad de salud donde la atención de primer contacto se realizaba con cita previa concertada telefónicamente hasta en 85% de los casos, se logró 66% de usuarios satisfechos con la atención recibida por el médico familiar y 68% con el tiempo de espera, mientras que en otras unidades en donde solo 28% de usuarios habían realizado cita telefónica previa, la satisfacción con la atención del médico familiar fue de 48% y con el tiempo de espera 34% (Colunga, López, Aguayo y Canales, 2007). Este bajo porcentaje de derechohabientes satisfechos se considera es propiciado por la manera en que se desempeñan los servicios, su forma de organización y la capacidad resolutive de los mismos, propiciada a su vez por el tiempo disponible por cada médico para la realización de las consultas y el tipo de estandarización de las mismas.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores en el ámbito sanitario. En este sentido, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora las perspectivas de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud (Massip y cols., 2008). La cita previa en el primer nivel de atención puede resultar de beneficio para la satisfacción del usuario ya que pretende disminuir el tiempo de espera de los pacientes y generar una mayor satisfacción del usuario con la atención recibida. Colunga, López, Aguayo, y Canales (2007), Serrano Del Rosal y Lorient Arin (2008) encontraron que algunos especialistas en el tema han mostrado la alta correlación que existe entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, lo que implica la necesidad del conocimiento de la primera para poder conocer mejor y aumentar la segunda.</p> <p>Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio que se recibió, puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global. En un primer momento, podría decirse que la satisfacción global es la suma de todas las satisfacciones parciales, pero ¿todas las dimensiones pesan igual a la hora de configurar la satisfacción global? En realidad, la respuesta a esta pregunta, de no estar</p>

	<p>Sustentada por la realidad empírica, no sería nada más que una hipótesis o supuesto teórico de partida (Serrano Del Rosal y Loriente Arin, 2008). Algunos análisis realizados previamente Concluyeron que de estas tres variables, la de recomendación del centro es la más importante para ser considerada como de satisfacción global con los servicios de atención primaria. Se pueden agrupar los indicadores en tres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con las instalaciones • Satisfacción con la organización • Satisfacción con el acto médico.
<p>Análisis Personal</p>	<p>La atención en salud constituye toda una cadena de procesos, hasta completar el servicio. Cada una de las personas que participan en esta cadena necesitaran saber quién es su cliente interno -dentro de la Organización- y cómo todas y cada una de las veces satisfacen sus necesidades para poder proyectar su actividad hacia el usuario final o las personas que asisten al servicio, en demanda de atención sanitaria.</p> <p>Muchas veces nos hemos preguntado qué es la calidad en los servicios de salud. Podríamos escudriñar textos enteros referentes al tema, adaptarnos a las múltiples y complementarias definiciones, sin embargo, me pregunto: de qué serviría todo un tratado teórico si simplemente se limita a eso, o sea a la teoría?</p> <p>Por eso hemos querido buscar como referente al usuario. Aquella persona que acude diariamente en busca del servicio de salud, bien sea a un Hospital o a cualquier otro centro. Qué buscan nuestros pacientes y sus familias? Atención oportuna, cálida, clara, de buena gana, no como un compromiso, seguridad, certeza, acierto, la adecuada utilización de los recursos, el esfuerzo por los mejores resultados, claridad, transparencia, información a tiempo y clara, menos trabas administrativas, buenas áreas físicas, una cara amable, una sonrisa, personal comprensivo. Será que todo lo anterior no es sinónimo de calidad?</p> <p>Las instituciones se deben caracterizar por su calidad humana, por el buen trato, actualización tecnológicamente, por crecer con el mejor grupo humano, pero no se puede perder la esencia: la sensibilidad social. Se debe alcanzar la madurez administrativa, y esto obliga a acoger las herramientas que permitan un mismo lenguaje. Es la hora de que se defina claramente procesos y responsabilidades que permitan</p>

	<p>integrar esfuerzos de las diferentes áreas para que todos aportemos solidariamente en la construcción de una institución con una plataforma que se perpetúe independientemente de las personas que estemos al frente del mismo.</p> <p>Este debe ser nuestro último legado: garantizar la permanencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud a través del tiempo.</p>
--	--

11. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.11 Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina
Autor y Año	<p>Autores: Acosta L, Burrone MS, López de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, Didoni M, Jure H, Acevedo G, Estario JC, Fernández AR.</p> <p>Año: 2011</p>
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Acosta, L., Burrone, M. S., Lopez de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B., ... & Fernández, A. R. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. <i>Enfermería Global</i> , 10(21), 0-0.
Objetivo del artículo	Identificar el nivel de satisfacción de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba, analizándolos desde el nivel de salud percibido, de sus características sociodemográficas y del tiempo transcurrido desde que el destinatario comenzó a asistir al Centro.
Palabras Clave	Satisfacción del usuario; Optimización de recursos sanitarios
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En la evaluación del producto de la Atención Primaria de Salud no existe un consenso internacional, y los modelos en los cuales se basan la medición han evolucionado desde enfoques exclusivamente técnicos, hasta modelos más holísticos e integrales. Sans-Corrales y col2 indicaron que en la evaluación del producto final del cuidado de la salud se debe considerar, además del



	<p>impacto en la dimensión de salud y económica, el impacto en la dimensión satisfacción, definida como el nivel en el cual los usuarios encuentran las perspectivas de servicio en salud esperados, siendo entonces la medición de la satisfacción del usuario en Atención Primaria de Salud un elemento clave para mejorar la calidad de atención.</p> <p>Las encuestas de satisfacción de usuarios de Servicios de Salud, constituyen un indicador de calidad de atención sanitaria que evalúa finalmente el resultado del sistema sanitario, su proceso y estructura Desde hace 20 años se plantea que la opinión de los usuarios de los Servicios de Salud es importante en cuanto a futuros replanteamientos de la planificación de servicio y en lo referente a la participación de la comunidad en la orientación y ordenación de dichos servicios.</p> <p>Las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científica técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad a los servicios de salud</p>
Muestra	<p>Se implementó encuestas a los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba indagando acerca de aspectos sociodemográficos, tipo de asistencia sanitaria, motivo de consulta, accesibilidad y opinión general de la atención recibida. La información recabada fue procesada y analizada de acuerdo a la naturaleza de la variable y las comparaciones se efectuaron por ANOVA y para datos categorizados se utilizó coeficiente de contingencia (nivel de significación 0,05).</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se implementó una encuesta destinada a los pacientes que asistieron a los centros de primer nivel de atención de la provincia de Córdoba. La misma fue llevada a cabo por profesionales entrenados en el área, efectuada durante el año 2009. El instrumento de indagación tuvo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aspectos socio-demográficos.2. Tipo habitual de asistencia sanitaria a la que accede (si ya ha utilizado los servicios de los centros con anterioridad, si busca la atención a nivel hospitalario, etc.)3. Información básica sobre salud y atención sanitaria4. Motivos de consulta en los centros.5. Accesibilidad a los Centros de Atención de Salud, y

	<p>grado de información que dispone.</p> <p>6. Opinión general de la atención recibida acerca de aspectos: administrativos y trámites, técnicos profesionales (trato, información, tiempo de atención, tratamiento) e infraestructura de los centros (comodidad, accesibilidad, horarios, estado de instalaciones).</p> <p>De acuerdo a trabajos previos se estimó una muestra de 9 centros y 185 usuarios, distribuidos en distintos departamentos de la provincia de Córdoba, Argentina.</p> <p>Análisis estadístico</p> <p>Toda la información recabada fue procesada y analizada de acuerdo a la naturaleza de la variable, media y desvíos estándar para variables mesurables y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.</p> <p>Las comparaciones se efectuaron por ANOVA y para datos categorizados se utilizó coeficiente de contingencia; aceptándose un nivel de significación < a 0,05 para el rechazo de hipótesis nula. Se utilizó el programa estadístico InfoStat.</p>
<p>Resultados</p>	<p>El acceso geográfico fue considerado aceptable por los encuestados al igual que el tiempo de espera y las condiciones edilicias. El desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el centro de salud fueron factores valorizados por los encuestados.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los resultados obtenidos en relación al predominio de sexo femenino en la muestra de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba coinciden con los observados en otros estudios 7,8,9,10 La media de edad de los destinatarios del presente trabajo, es menor a la encontrada en trabajos de España y México en los cuales la media es de $46,92 \pm 17,58$ y de $40,83 \pm 21,64,1$ Sin embargo, cuando se observó esta variable por sexo se identificó que la media de edad para los varones es más alta que en las mujeres, al igual que lo observado en comunidades de España ¡Error! Marcador no definido.</p> <p>Respecto al nivel de escolaridad se identificó que</p>

	mayoritariamente presentó secundaria incompleta, esta situación puede cotejarse con la dada en otros países como Guadalajara donde el predominio de los destinatarios de los centros de salud cuentan con escolaridad básica ¹¹ y en Bizcaia donde el predominio (61,2%) cuentan con estudios medios.
Análisis Personal	La lealtad de los clientes externos y los comentarios que hacen a otras personas sobre los servicios o productos que adquieren, está altamente determinada por su nivel de satisfacción con ellos. Por esta razón conocer con precisión sus niveles de satisfacción le ayuda a la empresa a desarrollar políticas y prácticas que garantizan la permanencia del cliente y, de esta manera, le asegura beneficios económicos.

12. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.12 La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa
Autor y Año	Autor: Hugo Alberto Múnera Gaviria Fecha de recibido: 6 de julio de 2010. Fecha de aprobado: 28 de septiembre de 2010
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Múnera HA. La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. Invest Educ Enferm. 2011; 29(1): 76 – 86.
Objetivo del artículo	Comprender las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención en salud recibida en tres instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia.
Palabras Clave	calidad de la atención en salud; equidad en salud; humanización de la atención
	El estudio de la calidad de la atención en salud es una preocupación vigente a nivel mundial, de hecho entidades internacionales en salud como la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y la Organización Panamericana de la

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>Salud, (OPS), la consideran un tema primordial en sus agendas de trabajo.</p> <p>Recientemente surgen otros autores preocupados por la calidad de la atención en salud como Otero y Otero,³ Menéndez,⁴ Granda⁵ y Matamala,⁶ quienes conciben que una atención de calidad en el marco de la salud integral resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de los(as) usuarios(as); y a la vez, potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos. Incorporar este enfoque en la atención a la salud permite otorgar un servicio de mayor calidad, ya que contextualiza a los usuarios(as) más allá de los límites biológicos, que de manera frecuente se circunscriben a la mirada fisiopatológica de la atención en salud.</p> <p>Actualmente, la mayor preocupación de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) es responder con esfuerzos económicos y administrativos a la normatividad vigente, específicamente en relación con los procesos de habilitación, como forma de certificar frente a la sociedad que cumple con los requisitos mínimos para dar una atención en salud con calidad y acreditación, lo cual representa frente a la sociedad disponer de los más altos estándares de calidad para ofrecer atención en salud.</p>
<p>Muestra</p>	<p>El estudio se llevó a cabo en tres instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, en la ciudad de Medellín (Colombia). Los participantes fueron 18 usuarios de los servicios de salud, quienes fueron entrevistados en los servicios de consulta externa y urgencias, lugares donde también se desarrollaron las observaciones.</p>
	<p>La metodología empleada fue el enfoque cualitativo desde la perspectiva de la etnografía focalizada, la cual hace referencia al estudio de un aspecto específico de un grupo, donde el etnógrafo investiga un solo aspecto de la cultura, en un corto período de tiempo, y donde el foco está en un grupo de personas que comparten características sociales y culturales semejantes.</p>



Intervención y proceso medición	<p>Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas, observación no participante, diario de campo y revisión documental. Se realizaron doce horas de observación no participante. La revisión documental se realizó en textos originales y en bases de datos principalmente SCIELO y LILACS.</p> <p>Para las entrevistas se contó con el consentimiento informado y por escrito de los(as) usuarios(as) participantes, para la observación se tuvo en cuenta la autorización escrita de la Institución y autorización verbal de los jefes y funcionarios de cada área. El procesamiento de datos se hizo de forma manual en la medida en que se recolectó la información. Las entrevistas se audio grabaron y transcribieron simultáneamente en un proceso continuo, de manera que las categorías emergentes orientaron la búsqueda de información documental complementaria. Se dio por finalizada la recolección de la información cuando las entrevistas no aportaron elementos nuevos para el análisis, 12 tornándose repetitivo el discurso.</p>
Resultados	<p>Producto del análisis del discurso de los usuarios emergen cuatro categorías centrales que dan respuesta al objetivo general; ellas son: 1) El camino hacia la atención en salud: donde los usuarios dan cuenta de las barreras y dificultades que se encuentran en el momento de tomar la decisión de acceder al servicio de salud; 2) El encuentro con el otro: en la cual evidencian la importancia de la relación agente de salud-usuario, y se sitúa ésta relación como elemento central a tener en cuenta en la atención en salud; 3) Diferencias en la atención: resultados y análisis que permiten mostrar los contrastes que se dan en el proceso de atención y que ponen en cuestión el concepto de equidad dentro de este proceso; y 4) Cómo resolver la queja: última parte donde recogiendo las quejas que se dan en el transcurso del análisis, y que son transversales en éste, se revelan las diferentes formas que tienen los usuarios para hacer frente a las dificultades que se presentan durante el proceso de atención.</p>



Discusión	<p>Durante el proceso de atención, se evidencian varios momentos: el “antes”, que tiene relación con el acceso, es el momento que va desde que el usuario define la necesidad de consultar, El “durante”, momento en el cual se logra acceder a la consulta médica e intervenciones de enfermería, momento en el cual se da el “cara a cara” entre el usuario y los agentes de salud, y que tiene que ver con la intervención directa de su enfermedad; y “el después” que tiene que ver con las situaciones de manera posterior a la atención.</p> <p>Durante todos los momentos ocurren diferentes situaciones que son expresadas por los usuarios y son reflexionadas por diferentes autores y estudios. En relación con el acceso, esa búsqueda de la atención depende de procesos que se configuran en los servicios de salud y fuera de ellos. Esto obedece a posibilidades que se tejen aun antes de acceder a las instituciones de salud y que trascienden a lo que sucede luego de ser atendidos, involucra la oferta institucional y las respuestas y valoraciones que tengan los usuarios sobre la atención. De esta manera, el acceso a servicios de salud se torna en un asunto complejo que, de un lado, involucra la formulación de las políticas, la satisfacción del usuario y la organización del sistema de prestación para adecuarse a las necesidades de los usuarios. De otro lado, el acceso concreta en la práctica el componente más tangible del derecho a la salud, por lo que se considera uno de los ejes para el análisis de la atención en salud con calidad.</p> <p>Tal y como lo muestran los resultados de este estudio, desde la mirada de los usuarios se tienen dificultades en la atención en salud. Sin embargo, la responsabilidad no es únicamente de médicos(as), enfermeras(os), gerentes u oficinas de atención al usuario; la principal dificultad está en el modelo de salud. Un modelo de salud eficientista y tecnicista donde hay una gran preocupación por los recursos y la rentabilidad y donde el usuario como sujeto y persona es cada vez más invisible.</p>
Análisis Personal	<p>Ha sido uno de los artículos que nos ha portado una fuerte temática en cuanto a la atención al usuario, solo con el título “La Calidad de Atención en Salud, Más allá de una mirada técnica y normativa”, logra impactar logrando identificar la gran representación que tiene</p>



Análisis Personal

enfocar nuestra mirada hacia el cliente en búsqueda de una mejor calidad y satisfacción al usuario. Este artículo representa la vivencia del día a día en las instituciones prestadoras de servicios de salud, donde se debe trabajar apuntándole a la acreditación para servir de referencia a las demás instituciones, dándoles ejemplo de calidad, buen servicio, satisfacción entre otros factores que se logran distinguir cuando se trabaja en miras del cliente tanto interno como externo, siendo transversales con la información que sale de las evaluaciones de los procesos, retroalimentando los planes de mejoramiento cuando se evalúan los servicios donde se atienden los usuarios.

Por otro lado los usuarios de este estudio perciben una atención en salud con dificultades en el acceso, la equidad y las relaciones intersubjetivas con los funcionarios de la salud, por lo cual hacen un llamado a una atención en salud desde el derecho, humanizada, con equidad y que permita su participación de manera real, no sólo en el proceso de atención, también en la toma de decisiones.

La inequidad sanitaria es seguramente una cuestión de vida o muerte, se puede deducir que si no se actúa cuanto antes a nivel mundial interviniendo los determinantes en salud, la esperanza de vida de las personas van hacer cada vez menos. Si todos los países empezaran a interactuar en busca de medidas para subsanar las desigualdades donde todas las personas tengan los mismos derechos indiferentes de su raza, posición social, sexo, edad, país donde nazca que no exista desfavorecimiento social. Pero los sistemas de salud no busquen por si solos la equidad, es importante tener un liderazgo firme que anteponga y exija a los actores no solo los del poder público, sino que vaya acompañado por la participación, la democracia de la sociedad civil, que tengan apoyo y colaboración local e internacional que evalúen los resultados en salud.

No es justo que haya diferencias en los sistemas de salud, que son causados por una inadecuada combinación política, programas sociales deficientes, corrupción, dineros que son usados para otros fines. Pero

	<p>las preguntas surgen después, ¿qué hace nuestro país para que esas desigualdades se conviertan en igualdades?, ¿qué hace el gobierno para crear medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida?; en fin nos podríamos quedar haciendo interrogantes todo el tiempo en busca de respuestas que solo tienen un fin, la precariedad de un mundo donde la injusticia social, económica recae sobre los países más necesitados, sin hallar una conglomeración que apoye estos sectores que día a día se ven más afectados como efecto de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece.</p>
--	--

13. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	<p>2.13 Satisfaction of users: duplication and simultaneous use of services in family health</p> <p>satisfacción de los usuarios: duplicación y uso simultáneo en la utilización de servicios en la salud de la familia</p>
Autor y Año	<p>Autores: Silvana Martins Mishima, Vanessa García de Paula, María José Bistafa Pereira, María Cecilia Puntel de Almeida, Lauren Suemi Kawata.</p> <p>Año: 2009</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>SCIELO</p>
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>Mishima, S. M., Paula, V. G. D., Pereira, M. J. B., Almeida, M. C. P. D., & Kawata, L. S. (2010). (In) Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família;(Dis) Satisfaction of users: duplication and simultaneous use of services in Family Health;(In) Satisfacción de los usuarios: duplicación y uso simultáneo en la utilización de servicios en la Salud de la Familia. Rev. Esc. Enferm. USP, 44(3), 766-773.</p>
Objetivo del artículo	<p>identificar el patrón de utilización de servicios de salud: duplicación y uso simultáneo en una Unidad de</p>



	Referencia Distrital (URD) y cuatro Unidades de Salud de la Familia (USF)
Palabras Clave	Salud de la familia. Atención primaria de salud. Satisfacción de los consumidores. Servicios Básicos de Salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La evaluación de los servicios o programas en materia social se refiere a la intervención, el uso sistemático fundamentada en una base científica para identificar, obtener y proporcionar relevante información, así como para evaluar el mérito y el valor de algo en una manera justificada.</p> <p>La Estrategia de Salud de la Familia (ESF), aprobado por el Ministerio de Salud para el cuidado de la salud re-estructura, se implementó en Brasil en 1994 con el fin de permitir que los cambios en la razón del modelo de atención se centraron en la biomédica y aspecto curativo de la atención, e individualizado y fragmentado en acciones, se debe tener en cuenta la salud-enfermedad en sus diversas determinaciones.</p> <p>La familia es el elemento central de la acción del ESF, que busca integrarse con la comunidad en la que se insertan y activamente busca casos que apliquen principios y las intervenciones oportunas, haciendo hincapié en la prevención y educación, sino también la realización de acciones de salud para mantener y recuperar la salud de los usuarios. Algunos aspectos deben tenerse en cuenta al determinar el perfil de los servicios de salud que se van a utilizar. El tipo de servicio que busca es significativo, elegido dentro de un conjunto de servicios que incluye: básica unidades de salud, centros de atención de urgencias, urgencias, unidades ambulatorias o clínicas especializadas y públicas y privadas, hospitales, dependiendo de la proximidad y el acceso, que a su vez incluye los valores sociales y culturales asociados con el consumo. Además, los motivos y la frecuencia de uso, tiempo o fines de búsqueda, preventiva, atención, de laboratorio o procedimientos terapéuticos son aspectos importantes que deben tenerse en cuenta.</p>

<p>Muestra</p>	<p>El campo de estudio fue la ciudad de Ribeirão Preto, SP, Brasil con una población estimada de 504.923 habitantes según el Censo Demográfico 2000. El ámbito del estudio fue el Distrito de Salud Occidente que incluye 13 equipos de la ESF en 2007, cuatro de los cuales están vinculados a la Universidad de São Paulo (USP). Estos cuatro FSUS tienen una característica peculiar en relación con la restante ya que se encuentran dentro del área de alcance del DU (la Escuela Centro de Salud en el FMRPUSP), sede de la atención especializada y urgente 24 horas. Los datos secundarios fueron recolectados en dos etapas: en la primera, fueron identificadas las Fichas de Atención de la Unidad de Referencia Distrital, referente a 15 días del mes de junio de 2006; en la segunda, se verificaron 856atenciones distribuidas entre las USF seleccionadas, de usuarios que hicieron uso de la URD.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Este estudio analiza el uso de los servicios de salud de un área de salud de Ribeirão Preto ,São Paulo, Brasil (Unidad de Salud de la Familia (USF) y la atención urgente centro de una Unidad de Distrito (DU), duplicación de identificación y simultánea uso de los servicios de atención primaria de salud en el FHS como las expresiones de insatisfacción de los usuarios.</p> <p>Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo. Estudios de esta naturaleza permite al investigador aumentar su experiencia con un problema dado, describir y analizar los factores y fenómenos de una situación dada; en este estudio, duplicar el uso de los servicios de salud en la atención primaria de salud. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de São Paulo en Ribeirão Preto, Medical Centro de Salud de la Escuela (HCS-FMRP-USP), según el protocolo n ° 271/CSE-FMRP-USP y cumplido con las directrices proporcionada por la Comisión de Ética Nacional de Investigación (CONEP).</p> <p>Los datos secundarios se originaron a partir de una base de datos compuesta Formas de consulta médica (MCF) en relación con las consultas dictada en el centro de atención de urgencias en el DU del Archivos de los usuarios CSE-FMRP-USP y médicos atendidos en el</p>



	<p>centro de atención de urgencia, pero que pertenecen a las áreas de alcance de la USF estudiada. Esta base de datos fue compuesta en 2006 sobre la base de 14.245 consultas (consultas médicas y de enfermería) llevado a cabo en junio de 2006 en la atención de urgencia DU centro de atención. Se refiere a las visitas de los usuarios procedentes de la salud unidades de la zona de alcance DU. Una base de datos específica para el cuatro FSUS estudiados fue desarrollada para este estudio.</p> <p>Los registros de consulta 14.245 fueron separados de acuerdo a las direcciones de los usuarios sobre la base de la definición de región zonas de uso aprobadas por los servicios de salud en Ribeirão Preto. Documentos relacionados con las cuatro áreas de alcance FSUS fueron identificados. A continuación, la base de datos se estructuró con registros relacionados con 15 días de consultas (la primera y la Tercera semana del mes de junio de 2006). Se eligió este periodo de tiempo con el objetivo de seleccionar períodos típicos en el mes, es decir, periodos en el que no hubo interurrencias que indicarían un patrón anómalo de uso de los servicios de salud (por ejemplo, Juegos de la Copa del Mundo de fútbol, los servicios de salud paro). Entonces, los datos relacionados con los nombres de los usuarios, las direcciones, horarios que cuidado ingresado de urgencia, motivos para buscar el servicio, los diagnósticos, acciones terapéuticas propuestas, la condición en la que él los usuarios dejan el servicio (fallecido, hospitalizado, se refirió a servicio de apoyo diagnóstico, que se refiere a la unidad de origen). Con base a estos datos de los usuarios de las zonas de alcance de la Se identificaron FHUS seleccionados para este estudio.</p>
Resultados	<p>Se identificó la duplicación de la utilización de los servicios de salud, que correspondió al 0,35% de los usuarios atendidos en el conjunto de los servicios, y el uso simultáneo, correspondiendo al 3,27% de los usuarios. La duplicación de la utilización de servicios de salud es considerada un indicador indirecto para el análisis de la satisfacción de los usuarios; es decir, el</p>

	<p>análisis de la duplicación de la utilización de los servicios Puede ser analizado como expresión de la insatisfacción de los usuarios.</p> <p>En lo que respecta a los usuarios registrados en el FHUS, la unidad con el mayor número de usuarios atendidos en urgencias del DU centro de atención sin registro con 53.9% de los usuarios que no tienen un registro de la familia en la USF, seguido de USF 2 con 40.2%. Destacamos que la familia el registro es importante en el FHS, porque es lo que desencadena el proceso de seguimiento con las familias, que a su vez permite determinar un diagnóstico de la comunidad de necesidades de salud, el establecimiento de salud y los problemas que es el tema central de las intervenciones . El gran número de no registrados sugiere que los usuarios tengan problemas acceder a los servicios, lo que perjudica la ejecución de los principios de continuidad, integralidad y longitudinalmente de la atención.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Para calcular el uso simultáneo y duplicado de la salud servicios que consideramos, además del conjunto de usuarios atendidos en el centro de atención de urgencias del DU, el número de usuarios en registro "cada USF que pertenecía a los FSUS seleccionados, los usuarios en la USF, los usuarios que se trasladaron de las zonas recibir cuidado de la salud en otras unidades de salud, y también fallecidos los usuarios. Por lo tanto hemos identificado duplicación en el uso de la salud servicios para el 0,35% del total de usuarios atendidos en urgente del DU centro de atención y que se originó a partir del conjunto de los servicios y el uso simultáneo de 3,27% de los usuarios. Cuando la USF son considerados de forma aislada, la duplicación de los servicios que se identifica en USF 1 (0,97%) y USF 4 (0,94%) con no hay casos identificados en FHUS 2 y 3. El uso simultáneo fue identificado en USF 4, que presenta el porcentaje más alto; 10,4% de sus usuarios están en uso simultáneo, seguido por USF 2 (4,7%), USF 1 (3,9%) y USF 3 (2,7%).</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Para garantizar la calidad en el proceso productivo, el administrador toma herramientas de control y auditoria que le permites verificar paso a paso cada uno de los procedimientos que se hacen durante los procesos productivos, de esta manera identifican los posibles</p>

	<p>contras que pueden en algún momento perjudicar a la producción e interrumpir el proceso en las que toda la empresa se ve involucrada, posteriormente y gradualmente se deben tomar medidas que permitan que la empresa eduque este mismo proceso productivo para que poco a poco ya no haya necesidad de hacer auditorias o de ejercer controles innecesarios para la empresa. En este momento se puede decir que la garantía de calidad se cumple satisfactoriamente en un 100%.</p> <p>Es importante que la entidad prestadora de servicios de salud haga un estudio en que involucre herramientas administrativas para la elaboración del programa ISO 9001/2002. Normas Icontec. Proceso de acreditación Garantías de calidad. Las herramientas que se deben utilizar son principalmente la elaboración de una misión característica de la empresa, una visión que es donde se debe llegar con la misma y unos valores que es la base de donde se debe partir. De esta forma se tendrá en cuenta el control de las funciones de la entidad y así se garantizara la calidad en el servicio prestado finalmente</p>
--	--

14. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.14 La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario
Autor y Año	Autor: Bruna Figueiredo Manzo, Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro, María José Menezes Brito y Marília Alves. Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Manzo, B. F., Ribeiro, H. C. T. C., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2012). La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario1. ene.



Objetivo del artículo	Conocer la actuación y las influencias de la enfermería en el proceso de acreditación hospitalario.
Palabras Clave	Enfermería, Calidad de la Atención de Salud, Acreditación
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Un servicio de salud para tener calidad debe estar integrado en una red (servicios de salud de diferentes complejidades, redes educativas, científicas y tecnológicas, transportes y de infraestructura) que se articule con el sector y le de soporte para una asistencia de calidad.</p> <p>La falta de calidad en los servicios de salud resulta en serios impactos para la sociedad y los sistemas de salud, un ejemplo de manifestación son los servicios ineficaces, que no alcanzan los resultados esperados; servicios ineficientes, con costos elevados para alcanzar el mismo resultado; servicios inaccesibles, tanto geográfica, económica, cultural o socialmente, reflejando en largas listas la insatisfacción de los usuarios y profesionales de salud.</p> <p>En el sentido de superar ese panorama, es necesario entre otras acciones políticas y sociales, calificar la gestión de las organizaciones de salud, buscando nuevas herramientas y modelos de gestión para que obtengan éxito en el desempeño y resultados presentados para la sociedad. Para esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la adopción de programas de acreditación, que clasifica en niveles de calidad las instituciones, promoviendo aprendizaje consolidado en el valor que se da a una realidad frente a una referencia o calidad.</p> <p>En el hospital, el equipo de enfermería es fundamental para un programa de calidad, interactúa con todas las áreas de apoyo, con autonomía y corresponsabilidad, usando los instrumentos de la estructura organizacional, organigrama, sistemas de comunicación y control. Desde la formación académica tiene liderazgo, logrando la habilidad singular para asesorar al equipo multiprofesional durante la implementación y monitorización de un proceso de Acreditación, que sin duda son influenciados por las acciones de la enfermería</p>

	<p>y al mismo tiempo tiene importantes implicaciones en lo cotidiano de trabajo del equipo.</p>
Muestra	<p>Se trata de un estudio cualitativo realizado en un hospital en Belo Horizonte. Los sujetos del estudio fueron nueve enfermeras y 15 técnicos de enfermería.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi estructuradas, las que fueron sometidas a análisis de contenido.</p> <p>La elección de los sujetos de la investigación fue realizada de manera intencional, utilizando como criterios de inclusión la participación de profesionales enfermeros y técnicos de enfermería que participaron en el proceso de acreditación hospitalario desde la primera auditoría.</p> <p>La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas, utilizando un guión semiestructurado, con por lo menos un profesional de cada sector. Para esto, fue utilizado el criterio de saturación de las informaciones, el que presupone interrupción de inclusión de nuevos participantes en la investigación, cuando los datos logrados pasan a presentar cierta redundancia o repetición, no siendo considerado relevante persistir en la recolección de datos.</p>
Resultados	<p>La percepción de los profesionales sobre las implicaciones del proceso de acreditación en su cotidiano de trabajo se diferenció en percepciones positivas y negativas. Los aspectos positivos se relacionaron con la posibilidad de crecimiento personal y valoración del currículo y los negativos con el estrés y alta demanda.</p> <p>Los profesionales declararon que el empleado incluido en un servicio acreditado se siente mejor preparado para atender las necesidades de los clientes, en la medida que ofrecen recursos materiales, técnicos y humanos más calificados por la estandarización de rutinas y mayor organización.</p> <p>La mejoría en las condiciones de trabajo favorece la relación de crecimiento, de entusiasmo y de placer de los empleados, facilitando el desarrollo eficiente del trabajo, con calidad, en un ambiente de satisfacción y alegría. Los entrevistados mencionan la falta de integración del equipo multiprofesional y relatan la inexistencia de</p>



	<p>cohesión entre los profesionales, siendo que deberían estar unidos en busca de la excelencia de los servicios. También se encuentran en los negativos, la falta reconocimiento y valoración, incluso financiera, considerando el desafío vivido.</p> <p>La calidad resultante de la acreditación será reflejada principalmente en el cuidado cotidiano de los pacientes, actividades que son ejecutadas no apenas por el enfermero o por el equipo de enfermería, pero fundamentalmente por un equipo multiprofesional.</p>
Discusión	<p>El equipo de enfermería de una forma general tiene como esencia el cuidado al ser humano, individualmente, en la familia o en la comunidad, desarrollando importantes acciones que por medio del cuidado, se responsabilizan por el confort, consideración y bienestar de los pacientes.</p> <p>Por otro lado, tiene por función proveer condiciones para que el cuidado ocurra de forma segura y con calidad, por medio de acciones administrativas, que han evolucionado para adaptarse a las nuevas exigencias presentadas en cada contexto histórico, social, político y económico, hoy el mercado exige que sea administrador de la unidad estratégica de negocio, con entendimiento del todo y no apenas de la parte tradicional que le cabía, la enfermería.</p> <p>Así, la educación continuada en salud constituye una estrategia fundamental para que el trabajo se traduzca en una práctica de transformación, reflexiva, crítica y propositiva, con el objetivo de mejorar constantemente la calidad de las acciones y servicios de salud prestados a los pacientes.</p>
Análisis Personal	<p>Para evaluar la satisfacción de los usuarios o clientes es necesario primero revisar y medir qué tanta es la satisfacción del cliente interno, es por esto que este artículo nos da herramientas para determinar qué alternativas y opciones tenemos para mejorar primero desde adentro de la organización para poder brindar el servicio con la calidad que el usuario espera, para cumplir con unas expectativas en el proceso de recuperación de la salud donde se encuentra vulnerabilidad y se reclama un grupo consolidado interdisciplinario que pueda cumplir con su objetivo principal: la calidad en la atención.</p>

	El hecho de entender el papel que juega el grupo de enfermería en una institución de salud, mucho más cuando se coincide en que es el que lidera y jalona muchos procesos, da el reconocimiento y el lugar de importancia dentro de procesos tan complejos como lo es una acreditación.
--	---

15. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.15 Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional.
Autor y Año	Autores: Héctor Gerardo Aguirre-Gas, Jesús Antonio Zavala-Villavicencio, Francisco Hernández-Torres, Germán Fajardo-Dolci, Año: 2010.
Ubicación del artículo(base datos)	Google académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cirugía y Cirujanos septiembre - octubre 2010; volumen 78: 456-462.
Objetivo del artículo	Enfocar la calidad de la atención médica desde la perspectiva de los pacientes, para determinar el origen de los errores, de la mala práctica y de la responsabilidad profesional, con el fin de resolverlos y prevenirlos.
Palabras Clave	Calidad de la atención, pacientes, seguridad, error médico, error quirúrgico, mala práctica, responsabilidad profesional.
	<p>A través del tiempo ha sido posible identificar un número importante de definiciones y conceptos sobre la calidad de la atención médica. El presente trabajo se enfoca a la calidad de la atención médica desde la perspectiva de los pacientes.</p> <p>Primero se hace una revisión conceptual de una revisión médica de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad de la atención médica: consensuado con pacientes y familiares puede expresarse: “otorgar atención médica al paciente con oportunidad,



**Conceptos
manejados en el
artículo
(Introducción-
planteamiento
problema)**

- competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.
- Oportunidad: otorgar la atención médica en el momento que el paciente la requiere.
 - Competencia profesional: para estar en condiciones de evaluarla en la práctica médica, ésta debe ser analizada con base en las necesidades de salud particulares de cada paciente. En este sentido, incluye cuatro elementos que la constituyen: la calidad científico-técnica del médico, sus habilidades y destrezas, la experiencia y su actitud al otorgar la atención a un paciente determinado.
 - Respeto a los principios éticos de la práctica médica: disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.
 - Evento adverso: daño imprevisto ocasionado al paciente como consecuencia del proceso de atención médica.
 - Satisfacción con los resultados de la atención: es necesario enfocar los resultados de la atención en sus dos componentes fundamentales: la satisfacción con los resultados en materia de salud y la satisfacción de las expectativas que el paciente hubiera tenido al acudir a determinado servicio de salud.
 - Error médico: conducta clínica equivocada en la práctica médica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto, o sea que podemos decir que el riesgo de cometer un error será menor en cuanto mayores sean los conocimientos, las habilidades y la experiencia con las que cuente el médico, quien debe ejercer su criterio para tomar la mejor decisión. La incompetencia profesional merece un análisis adicional. Ésta puede ocurrir como consecuencia de una falta de congruencia entre la complejidad de los problemas y necesidades de salud del paciente, con la preparación de los médicos que deben resolverlos, o cuando la falta de actualización de conocimientos y habilidades

	los hace caer en incompetencia.
Muestra	La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) fueron evaluadas 8062 quejas, atendidas, analizadas y concluidas entre el 3 de junio de 1996 y el 31 de diciembre de 2008.
Intervención y proceso medición	<p>La calidad de la atención médica está integrada por diversas áreas: oportunidad, competencia profesional, seguridad, respeto a los principios éticos de la práctica médica y satisfacción con los resultados de la atención. En relación con ella, entre junio de 1996 y diciembre de 2008, en la Conamed fueron atendidas y evaluadas 8062 quejas: en 16.8% no se dispuso de elementos para determinar la existencia o no de mala práctica; en 20.8% se presentaron elementos de mala práctica y en 62.4% se determinó la existencia de buena práctica conforme a la lex artis.</p> <p>Entre las especialidades quirúrgicas con mayor problema de mala práctica estuvieron cirugía general, ginecología, ortopedia, oftalmología, urgencias quirúrgicas, urología y traumatología.</p>
Resultados	<p>El reconocimiento del concepto de la calidad de la atención médica es un punto de partida para determinar el origen de los errores, de la mala práctica y de la responsabilidad profesional, con el fin de resolverlos y prevenirlos.</p> <p>La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) ofrece medios alternos para la solución de conflictos derivados de la relación médico-paciente, mediante la conciliación y el arbitraje, en beneficio tanto del paciente y sus familiares como del profesional médico.</p>
	La Comisión Nacional de Arbitraje Médico ofrece la opción de medios alternos para la solución de conflictos derivados de la relación médico-paciente, antes de llegar a la determinación de responsabilidades penales, civiles o administrativas, mediante la conciliación y el arbitraje, en beneficio tanto del paciente y sus familiares, como de la profesión médica.

<p>Discusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La queja médica puede poner en evidencia la mala práctica médica. • La mala práctica médica puede generar daño para el paciente y responsabilidad para el médico. • El daño puede ser temporal, permanente o dar lugar a la muerte del paciente. • La responsabilidad para el médico puede ser penal, civil o administrativa. • Existen condiciones excluyentes de responsabilidad. • El daño para el paciente y la responsabilidad pueden ser secundarias a deficiencias en la institución prestadora de los servicios. <p>• La Conamed ofrece medios alternos para la solución de conflictos en la relación médico-paciente.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El artículo explica muy bien la diferencia entre error médico, mala práctica y responsabilidad profesional, conceptos que se deben tener muy claros en la práctica médica que realizamos ya que si comprendemos y aplicamos éstos seguramente podremos brindar una atención con calidad y con responsabilidad. La cima de la atención en salud es apuntarle desde todo punto de vista a la seguridad del paciente, por eso se debe garantizar que se cuente con unas barreras para disminuir la presentación de eventos adversos y que las prácticas médicas que se realicen, en el caso de procedimientos quirúrgicos, sea en pro de beneficiar el paciente y no causarle un mal. El no conocimiento de las leyes no nos quita la responsabilidad, por eso aplicar los conceptos descritos en el artículo como criterios y decisión es una de las bases para cubrir las necesidades de los pacientes y garantizarnos a nosotros mismos que los procesos se hacen de manera eficiente y con calidad.</p>

16. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

<p>Título</p>	<p>2.16 Avances del proceso de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia.</p>
<p>Autor y Año</p>	<p>Autores: Edwin Causado Rodríguez*, Luz Helena Díaz Rocca** y Ricardo Rago Murillo***</p> <p>Año: 2009</p>



Ubicación del artículo (base datos)	Unimagdalena.edu.co
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Rodríguez, E. C. (2012). Avances del proceso de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. Duazary, 5(2).
Objetivo del artículo	Habla sobre la discusión a nivel local y regional acerca de los diferentes avances sobre la temática de la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. Analizando entre otras, la estructura metodológica en la cual se soporta el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS de Colombia y el nivel de cualificación alcanzado por este.
Palabras Clave	Calidad, Servicios de Salud, Salud en Colombia, Ley 100 de 1993.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La reflexión sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud es de gran pertinencia e importancia, dada la gama de servicios y entidades congregadas en el desarrollo de esta actividad. Este tema reviste gran complejidad desde lo administrativo, financiero y social; lo cual en últimas constituye la obligatoriedad del Estado de velar por la garantía en la prestación eficiente de los servicios de salud y con la más alta calidad logrando así la satisfacción del paciente.</p> <p>De igual forma, se visiona el logro del mejoramiento en los procesos de atención, accesibilidad y seguridad contemplados en el sistema de salud colombiano, desde la sanción de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si bien el trabajo de la evaluación de calidad debe desarrollarse teniendo en cuenta todos los actores del sistema, a nivel nacional se ha iniciado el proceso con el estudio de los servicios prestados por las Instituciones</p>

	<p>Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y las Empresas Administradores de Planes de Beneficios - EAPB, dada la gran problemática presentada a lo largo de la implementación de la normativa, al tener en cuenta que ellas concentran la mayor parte de la prestación de los servicios de salud en el país.</p> <p>Mediante el presente artículo, se pretende iniciar el proceso de discusión a nivel local y regional acerca de los diferentes avances que sobre la temática se ha desarrollado en el país. El presente artículo, se presenta a nivel introductorio y resulta de los avances de estudios iniciales desarrollados por el Ministerio de La Protección Social en Colombia. Conscientes que este es un tema de difícil manejo, debido a la interacción de saberes, procesos, normas e intereses resulta sumamente necesario evaluar los avances logrados al respecto.</p> <p>Siguiendo este propósito, se realizó un descripción de la información presentada por el Ministerio de Salud,4,1 que permitió obtener el ordenamiento de prestadores de servicios de salud; siendo el objetivo fundamental dar información a los agentes del sistema sobre la existencia de condiciones básicas para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de las IPS y las EAPB, con el fin de mejorar su toma de decisiones y de esta manera lograr impulsar el proceso de garantía de calidad.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Las IPSs que reportaron información se clasifican según su naturaleza jurídica así: públicas 573, privadas con ánimo de lucro 697 y sin ánimo de lucro 152 y de naturaleza mixta reportaron 3 instituciones. El cumplimiento del reporte de información fue del 301. % para las públicas, 17.1% para las privadas y 18.8% a las de naturaleza mixta. De las públicas: 377 corresponden al nivel I, 76 al nivel II y 23 al nivel III de atención. 97 instituciones no la registraron en el Registro Especial de Prestadores.</p>
	<p>De acuerdo a la información de los indicadores de calidad de la Resolución 1446 de 2006, presentada en diciembre de 2006, y aunque la cobertura de la información reportada solamente alcanza el 20.7% del registro</p>

<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>especial de prestadores, esta aporta información interesante, que permite realizar conjeturas acerca del estado de la calidad de la prestación de servicios en el país; y permite, alcanzar uno de los objetivos de la norma con relación a la introducción de la cultura de la autoevaluación y de la gestión de la calidad basada en hechos y datos verificables.</p> <p>Los indicadores que se establecieron, fueron diseñados de acuerdo a la metodología de los “trazadores”^{5,10} y se han agrupado en cuatro “dominios”: “Accesibilidad / Oportunidad”, “Gerencia del Riesgo”, “Calidad Técnica” y “Satisfacción/Lealtad”, de tal manera que en conjunto permitan ofrecer una visión panorámica del estado de la calidad de la atención en Salud en las instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y el análisis causal de su comportamiento permitiendo identificar las principales fallas de calidad en el sistema.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se encuestaron 373 pacientes: 158 (42,4%) contestaron que su experiencia había sido totalmente satisfactoria, 187 (50,1%) satisfactoria y 28 (7,5%) no satisfactoria.</p> <p>Después del análisis multivariante, las variables que influían en una percepción no satisfactoria fueron la percepción de un tiempo de espera largo, un trato médico desconsiderado y la percepción de no recibir un trato respetuoso.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Se pretende iniciar el proceso de discusión a nivel local y regional acerca de los diferentes avances que sobre la temática se ha desarrollado en el país es presenta a nivel introductorio y resulta de los avances de estudios iniciales desarrollados por el Ministerio de La Protección Social en Colombia. Conscientes que este es un tema de difícil manejo, debido a la interacción de saberes, procesos, normas e intereses resulta sumamente necesario evaluar los avances logrados al respecto.</p>
	<p>La revisión de los marcos normativos constituye una tarea fundamental para el adecuado desarrollo de las funciones de los procesos y procedimientos que</p>



Análisis Personal

competen dentro de una organización de salud. Es así como se logra una compilación de lineamientos de nivel nacional o territorial que se expiden con el fin de darle el respectivo cumplimiento en las instituciones públicas o privadas permitiendo conocer la reglamentación que rige la estructura general del Sistema de Salud en Colombia que busca accesibilidad a los servicios de salud para todos los colombianos con calidad en la prestación s estos, con el fin de alcanzar un impacto en la perspectiva de satisfacción de los usuarios de salud..

Tal como lo señala la Constitución Política de Colombia, el acceso a la salud es un derecho fundamental de todos los ciudadanos de la Nación. Sin embargo, la accesibilidad por sí sola no es el único elemento que influye en la prestación de los servicios de salud, ya que otros componentes como la Calidad y la eficiencia forman parte esencial en el logro del bienestar tanto Humano como institucional.

Esta combinación de cualidades requeridas implica la formulación coordinada de una serie de estrategias y acciones que de modo ordenado y coherente faciliten el crecimiento empresarial.

Las características del Sector salud desde el punto de vista nacional y departamental y considerando el carácter público dentro del entorno socioeconómico altamente exigente en el cual se encuentra inmerso, donde la supervivencia empresarial está sustentada exclusivamente en la capacidad para generar ingresos a partir de la venta de servicios de salud, de manera concomitante con la satisfacción de las necesidades de atención de la población.

17. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.17 Satisfacción, acceso y uso de los servicios de salud entre los adultos inscritos en la Estrategia Salud de la Familia en Brasil: datos de la Encuesta Nacional de 2008
Autor y Año	Autores: James Macinko and Maria F. Lima Costa Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	de wiley.com
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Macinko, J., & Lima Costa, M. F. (2012). Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. <i>Tropical Medicine & International Health</i> , 17(1), 36-42.
Objetivo del artículo	Evaluar los efectos de la participación de los usuarios en el programa de atención primaria de salud de Brasil, en el acceso, uso y satisfacción con los servicios de salud entre los adultos.
Palabras Clave	Cuidados Primarios de Salud; Acceso, uso, satisfacción del usuario, Estrategia de Salud Familiar
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El fortalecimiento de la atención primaria de la salud ha sido una prioridad del gobierno brasileño, para contribuir a mejorar la salud, la atención primaria de la salud deben ser accesibles, apropiados y de buena calidad.</p> <p>La Estrategia de Salud de la Familia brasileño (FHS) fue lanzada en 1994 como parte integrante del sistema nacional de salud universal. La Estrategia de Salud de la Familia tenía la intención de mejorar los mensajes existentes "tradicionales" y centros de salud del país, con un modelo de atención explícitamente diseñado para lograr las funciones básicas de atención primaria enfocados en la satisfacción del usuario.</p> <p>Entre 1998 y 2008, el número de equipos de la Estrategia se Salud de la Familia se incrementó de 4.000 a más de 29 000, la ampliación de la matrícula 10,6 a 93,2 millones de personas, casi el 50% de la población brasileña. La expansión de La Estrategia de Salud de la Familia procedió de manera desigual en todo el país, pero ahora está presente en más del 90% de los 5.565 municipios de Brasil. Sin embargo, no todos los municipios (especialmente los más poblados y urbanos) tienen suficientes equipos para proporcionar cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia 100% a todos los residentes,</p>

	<p>aunque el objetivo es seguir ampliando la cobertura de FHS.</p> <p>Aunque hay pruebas de que la expansión rápida de la ESF se ha asociado con una mejor salud en Brasil acompañada reflejándose en un más alto nivel de satisfacción de los usuarios.</p> <p>Este estudio es el primero en utilizar datos a nivel individual representativos los cuales permiten evaluar cómo el FHS compara con otras alternativas mejora el acceso, uso y satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria en Brasil.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Los datos se tomaron de la encuesta nacional de hogares del 2008 realizada a 264,754 adultos. Este análisis seccional compara a los participantes de la Estrategia de Salud Familiar tanto con aquellos que no participaron como con aquellos con seguros privados de salud. Utilizando una regresión de Poisson hemos calculado las probabilidades de cada resultado, estratificado por el quintil de riqueza del hogar, localización rural/urbana y sexo. Realizamos un análisis con índices de propensión para evaluar las diferencias en el acceso entre participantes del ESF y el resto de la población, una vez que se habían balanceado las características socio-demográficas relevantes así como otros determinantes de acceso.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Principio del formulario: La variable clave de la exposición se compone de los tres tipos principales de cobertura de atención médica disponible en el país : (i) si el hogar del encuestado fue registrada como matriculados en La Estrategia de Salud de la Familia, (ii) si el entrevistado informó que tiene un plan de salud privado que presta para la salud servicios en el sector privado o sin fines de lucro (plan de salud) , o (iii) si la persona que no tenía ni un plan de salud privado ni inscripción a La Estrategia de Salud de la Familia. En este tercer grupo, las personas en los grupos de ingresos más bajos es probable que utilice los servicios públicos el modelo "tradicional", mientras que en los grupos de ingresos más altos lo más probable es utilizar el sector privado para la atención primaria y pagar de su bolsillo.</p> <p>Dado que el acceso de un individuo, el uso y la satisfacción con la atención de la salud dependerá de muchos factores , se analizaron los siguientes : (i) factores como el sexo , la edad (medida en las categorías de 19 predisponentes -29 y 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 , y 70 o más años) , nivel educativo (<3 años cumplidos , 4-7 años , 8-10 , 11-14, y 15 años o más) , (ii) las necesidades de salud, incluida la percepción de la salud (medida como excelente / muy buena frente a regular / mala / muy mala) , cualquier limitación de la movilidad , y el diagnóstico médico previo de cualquiera de las</p>

	<p>condiciones siguientes: artritis, el cáncer , diabetes , bronquitis / asma, hipertensión , enfermedades del corazón , insuficiencia renal , depresión , tuberculosis, cirrosis y / o tendinitis , y (iii) las características de la residencia de la parte demandada como el acceso al suministro de agua en el interior y la región geográfica. Para tener en cuenta las diferencias entre las zonas urbanas frente a las rurales y entre los diferentes niveles de ingresos, se realizó un análisis estratificado los en cuatro grupos: los pobres de las ciudades, no pobres urbanos, rurales pobres y no pobres rurales.</p> <p>Luego se utilizó el programa de Stata smatch2 realizar análisis de puntuación de propensión. Los datos se ordenan aleatoriamente y combinarse usando vecino más cercano a juego sin reemplazo. Las covariables fueron analizadas por el equilibrio y la propensión resultados encontrados fueron utilizados para estimar el efecto promedio de tratamiento de FHS inscripción para cada resultado.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Realizando un comparativo entre las familias que no estaban incluidas en La Estrategia de Salud de la Familia ni en planes privados de salud y los adultos que participaban en La Estrategia de Salud de la Familia, se evidencio que estos últimos tenían generalmente una mayor fuente de cuidados, una mayor probabilidad de haber visitado un médico o un dentista en los últimos 12 meses, un mayor acceso a las medicaciones necesarias, y una mayor probabilidad de estar satisfechos con los cuidados recibidos. El efecto del La Estrategia de Salud de la Familia es aun mayor entre los urbanitas que entre los más pobres.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los resultados son consistentes con estudios previos que muestran un mayor acceso y uso de servicios de salud en Brasil, aunque los niveles no han llegado todavía a los de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.</p> <p>En 2007, el 81,5 % de los estadounidenses reportaron tener una fuente habitual de atención de la salud, frente a 74 % en Brasil. En 1998, el 54,6 % de los brasileños había visto a un médico al menos una vez en el último año, en 2003, el 62,8 % tenían, y en 2008, el 67,8 %. A modo de comparación, en los Estados Unidos en 2007, el 85,7 % de la población había realizado al menos una visita al médico en los últimos 12 meses. El acceso a la atención dental anual también aumentó del 33% al 40 % entre 1998 y 2008, En los Estados Unidos, esta cifra era del 65,3% en 2008.</p> <p>Se encontró que una mayor riqueza y ubicación urbana se asociaron con un mayor uso de los servicios de salud, lo que concuerda con estudios previos. Estudios anteriores también habían hecho hincapié</p>

	<p>en la importancia de los obstáculos para la atención, como los tiempos de espera como un determinante importante de la satisfacción del usuario. Sin embargo, parece que el acceso ha mejorado: la proporción de brasileños diciendo que la atención que recibieron de muy buena calidad se ha mantenido bastante estable desde 1998 en un 86 %.</p> <p>Los resultados del análisis de puntuación de propensión confirman estos hallazgos, demostrando que se equilibran las diferencias una vez importantes en las condiciones socioeconómicas, el estado de salud , las características demográficas y las características residenciales (como la zona rural y región geográfica) entre las personas inscritas en la ESF y el resto de la población, FHS inscripción fue inequívocamente asociada con un mayor acceso, uso y satisfacción con los servicios sanitarios .</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Si realizamos una comparación entre la Estrategia de Salud de la Familia realizada en Brasil y todos los esfuerzos implantados por en Colombia, los cuales buscan “cobertura universal”, podemos decir que todos los gobiernos buscan brindar a su población acceso a los servicios de salud sin ningún tipo de discriminación, enfocados en la calidad del servicio y en la satisfacción del usuario.</p> <p>Como es conocido por todos, los planes privados de salud están disponibles para las personas que trabajan para empleadores específicos o aquellos capaces de comprar un plan en el mercado abierto (prepagas), pero la lucha cardinal reside en cómo satisfacer esa población pobre vulnerable, y como reeducarla en el auto cuidado, generando campañas de atención primaria que impacten directamente en la percepción de los usuarios como el uso de herramientas de promoción y prevención.</p> <p>Concluyendo se ha demostrado que todos y cada uno de los esfuerzos realizados por brindar una mayor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, impactan directamente en la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.</p>

18. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

<p>Título</p>	<p>2.18 Una herramienta de Internet para la creación de planes de cuidado de la supervivencia del cáncer para los supervivientes y los proveedores de cuidado de la salud: el diseño, la implementación, uso y satisfacción de los usuarios.</p>
----------------------	--



Autor y Año	Autores: Christine E Hill-Kayser, MD, Carolyn Vachani, MSN, RN, AOCN, Margaret K Hampshire, RN, BSN, OCN Linda A Jacobs, PhD, RN, and James M Metz, MD Año: 2009
Ubicación del artículo (base datos)	de nih.gov
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Hill-Kayser, C. E., Vachani, C., Hampshire, M. K., Jacobs, L. A., & Metz, J. M. (2009). An internet tool for creation of cancer survivorship care plans for survivors and health care providers: design, implementation, use and user satisfaction. Journal of medical Internet research, 11(3).
Objetivo del artículo	Investigar los patrones de uso y la satisfacción de los usuarios usando internet como una herramienta para la creación de planes de autocuidado de supervivencia en pacientes con cáncer.
Palabras Clave	Sobrevivientes, superviviente del cáncer, planificación de la atención al paciente, plan de cuidados para supervivientes, efectos tardíos del tratamiento del cáncer, problemas de supervivencia, satisfacción de los pacientes, facilidad de acceso, Internet.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Principio del formulario</p> <p>Los avances en la detección del cáncer ha venido aumentado, el número de personas que se considera curado de cáncer y los que viven con el cáncer como una enfermedad en los Estados se triplicó de 3,0 millones de en 1971 a 9,8 millones en 2001. Una porción significativa de la población adulta se enfrenta por lo tanto no sólo con las necesidades médicas de envejecimiento normal, sino con las preocupaciones de salud asociados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer, incluyendo la enfermedad recurrente y / o residual, efectos tardíos relacionados con el tratamiento, y las amenazas al psicosocial y el bienestar económico.</p> <p>En respuesta a esto, las organizaciones nacionales e internacionales tienen problemas prioritarios de la supervivencia en la última década. En 2005, el Instituto de Medicina presentó el informe de paciente con cáncer en esta publicación, el Instituto de Medicina esbozó 10 recomendaciones destinadas a mejorar la atención y el apoyo fiscal para los sobrevivientes de cáncer.</p> <p>La segunda de estas recomendaciones se pedía a los proveedores de atención de salud para proporcionar a los pacientes con un " plan de cuidado de la supervivencia ", o " un resumen de la atención integral y el seguimiento del plan. Esta recomendación se basa en el reconocimiento de que muchos sobrevivientes de cáncer no reciben</p>

	<p>atención integral después del tratamiento activo, y que la falta de comunicación probablemente contribuye a esto. De hecho, la mayoría de los proveedores de atención primaria realizaron encuestas para posteriormente calificar el actual proceso de transición de la atención oncológica primaria como regular o mala, y hasta un tercio de los sobrevivientes de cáncer dicen ser inseguro de cuál de sus médicos se encuentra en cargo de su atención de seguimiento y estar poco satisfechos con los servicios prestados.</p> <p>Los planes de cuidado de la supervivencia son un conducto no sólo entre la atención del cáncer activo y cuidado de la supervivencia, sino también entre los médicos y sobrevivientes.</p> <p>El Internet es una fuente cada vez mayor de información sobre la salud en todo el mundo. El Pew Internet & American Life Project informó en 2006 que 113 millones de estadounidenses habían utilizado Internet para fines relacionados con la salud, de los cuales más del 50 % reportaron que el uso de Internet afectó su salud. A medida que la complejidad de los sistemas basados en Internet ha aumentado, varios grupos han demostrado una mejora en la calidad de vida y el cuidado general con el uso del coaching basado en Internet para la gestión del dolor, la diabetes y el corazón / enfermedad pulmonar .</p> <p>El cáncer es una de las tres principales enfermedades sobre las que los usuarios de Internet buscan información, los estudios, y los recientes sugieren que la Internet puede ofrecer oportunidades para mejorar activamente la atención de la salud para los pacientes y sobrevivientes de cáncer.</p> <p>En mayo de 2007, se lanzó la primera herramienta basada en Internet del mundo para la creación de planes de atención de la supervivencia: OncoLife.</p> <p>OncoLife es una herramienta de acceso público que está disponible a través de OncoLink, un sitio web de información sobre el cáncer con sede en la Universidad del Centro del Cáncer Abramson de Pennsylvania. OncoLife fue diseñado para suministrar, información dinámica personalizada a los sobrevivientes de cáncer, ya una pronta intervención en materia de control de vigilancia y gestión de los efectos tardíos cuando esté indicado.</p>
<p>Muestra</p>	<p>OncoLife, un programa basado en Internet para la creación de planes de cuidado de la supervivencia, fue diseñado por un equipo de enfermeras y médicos especializados en oncología de la Universidad de Pennsylvania. El programa fue diseñado para</p>



	<p>proporcionar recomendaciones de salud individualizada e integral a los usuarios que respondieron a las preguntas sobre datos demográficos, diagnósticos y tratamientos para el cáncer.</p> <p>Después de ser puesto a prueba para probar poblaciones, OncoLife se hizo accesible al público a través de Oncolink, un sitio web de información de cáncer basada en la Universidad de Pennsylvania con un promedio de 3,9 millones de páginas vistas y más de 385.000 visitas únicas al mes.</p> <p>Los datos introducidos por los usuarios públicos anónimos se mantuvieron y se analizaron.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Principio del formulario</p> <p>La herramienta OncoLife para la creación de planes de cuidado de la supervivencia está disponible a través de OncoLink y sitios web OncoLife.</p> <p>La encuesta OncoLife es de diseño abierto y accesible para toda persona que visite el sitio OncoLink, con una población de sobrevivientes de cáncer, proveedores de salud y los amigos / familiares de los sobrevivientes y un marco de muestra de conveniencia.</p> <p>OncoLife se anuncia a través de OncoLink; volantes y marcadores con la marca OncoLife y la dirección del sitio web también están disponibles en nuestra clínica y se han puesto a disposición de los proveedores de atención de la salud en otras instituciones para su distribución.</p> <p>La encuesta OncoLife y la información proporcionada a los supervivientes con OncoLife fueron dirigidas por grupos de sobrevivientes que dieron la funcionalidad y facilidad de uso técnico, antes del lanzamiento público.</p> <p>La versión piloto de OncoLife incluyó consultas sobre el diagnóstico y el único tratamiento del cáncer. Tras el proceso piloto se agregaron preguntas sobre datos demográficos, y la versión 1 se hizo accesible al público. En el transcurso de los 18 meses siguientes a la puesta en práctica de OncoLife, otros tres iteraciones se desarrollan con el fin de aumentar el carácter integral de los planes de cuidado de la supervivencia producida por OncoLife, así como el aumento de la satisfacción de los sobrevivientes a través de una mejor comprensión de la población de usuarios.</p>



	<p>Los cambios incorporados en iteraciones se basaron en el feedback de los usuarios, así como observaciones sobre los patrones de uso. La versión 2 incluye consultas adicionales con respecto a la atención de seguimiento y la disponibilidad de cuidado de la supervivencia y también pidió que los individuos que completaron la encuesta describen a sí mismas como sobrevivientes, amigos / miembros de la familia de un superviviente, o proveedores de atención médica.</p> <p>Versión 3 hace uso de la misma serie de preguntas utilizadas en la versión 2, pero proporcionó información más individualizada y extensa a los sobrevivientes, incluyendo preguntas de adaptación en relación con cirugías, radioterapia y quimioterapia aplicadas específicamente para los sobrevivientes de cáncer de mama . Además, con el lanzamiento de la versión 3, una de cinco preguntas, se añadió una página encuesta de satisfacción del usuario a través de una conexión opcional de acceso a la recepción de los planes de cuidado de la supervivencia. Versión 4, lanzado en enero de 2009, incluye consultas sobre la menopausia para permitir mayor individualización de las directrices establecidas.</p>
Resultados	<p>Entre mayo de 2007 y noviembre de 2008, 3.343 personas utilizaron esta herramienta. La mayoría (63%) se identificaron como sobrevivientes, sino también los proveedores de cuidado de la salud (25%) y los amigos / familia de supervivientes (12%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 48 años (18 a 100 +), y la mediana de edad actual de 51 (19 a 100 +). La mayoría de los usuarios eran caucásicos (87%), mujeres (71%) y con estudios universitarios (82%). El cáncer de mama es el diagnóstico más común (46%), seguido por hematológica (12%), gastrointestinales (11%), ginecológico (9%), y genitourinario (8%). De todos los usuarios, el 84% había sido sometido a cirugía, la quimioterapia 80%, y 60% radioterapia. La mitad de los usuarios (53%) reportó haber recibido atención de seguimiento de sólo un oncólogo, el 13% sólo un proveedor de cuidado primario (PCP), y el 32% tanto, el 12% reportó haber recibido información supervivencia anteriormente. Más del 90% de los usuarios, los supervivientes y los proveedores de salud, informaron los niveles de satisfacción de "buena" a "excelente" por medio de esta herramienta.</p>
Discusión	<p>Aquí se describe el diseño e implementación de como los patrones de uso y la satisfacción del usuario son afectados por las estrategias o planes de cuidados de supervivencia basadas en Internet para los sobrevivientes de cáncer.</p> <p>Se estima que OncoLife es la primera herramienta para poner a disposición del público.</p>

	<p>El objetivo de los planes de cuidado de la supervivencia es múltiple: Los planes se desarrollan para ayudar a la comunicación entre los médicos de diferentes especialidades, para aumentar la comunicación entre médico y paciente, y para aumentar la conciencia, tanto en el médico y sobreviviente.</p> <p>El uso de Internet para permitir la creación de planes de atención de supervivencia permite que la información sea accesible y disponible al instante.</p> <p>Basado en la definición del NCI de un sobreviviente de cáncer, que incluye a todas las personas diagnosticadas con cáncer, así como de sus cuidadores, como sobrevivientes, varias fases de supervivencia sin duda existen, y las necesidades de cada uno de los sobrevivientes pueden cambiar drásticamente con el tiempo.</p> <p>Planes de atención supervivencia OncoLife pueden ser de utilidad para los sobrevivientes en cualquiera de las fases, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, sin embargo, su diseño puede ser más apropiado para aquellos sobrevivientes que han completado su tratamiento o que continuará recibiendo el cáncer a largo plazo tratamiento.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El uso masivo de herramientas ofimáticas y de desarrollos tecnológicos de almacenamiento de gran cantidad de datos, se han convertido en la principal fuente de cruce de información para la toma de decisiones gerenciales, adicional a esto el almacenamiento robusto de datos, hace que sea aun mas fácil realizar la trazabilidad de los hechos y permite impactar de manera prioritarios en los puntos de control</p> <p>Actualmente el bum de prestar con servicios de calidad impactando en usuarios satisfechos, hacen que el desarrollo y uso de estas tecnologías, sean aplicables a cualquier sector incluido el de salud, pues es uno de los sectores mas importantes en donde la equidad e igualdad hacen parte de lograr prestar servicios con calidad y eficiencia.</p> <p>La aplicación de herramientas tecnológicas acompañado del uso masivo del internet, hace aun más fácil las cosas para las entidades de salud, ya que permiten a los usuarios sentirse más cerca de su proveedor de servicios, así como permiten disminuir la brecha existente entre usuario y EPS.</p>

19.MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.19 Evaluación de la calidad en la atención de salud de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud.
Autor y Año	Autores: MARIA ELENA GARCIA LOZANO MARIA CECILIA HOYOS O´BYRNE Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico Proquest
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	García Lozano, M. E. (2011). Evaluación de la calidad en la atención de salud de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud (Doctoral dissertation).
Objetivo del artículo	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Establecer la calidad en la prestación de los Servicios de Salud a los usuarios que acuden a las entidades privadas y públicas del municipio de Tuluá.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <p>Establecer las causas que generan la inconformidad en los servicios prestados a los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Determinar la influencia del estrato socioeconómico en los estándares de atención a las personas que hagan uso del servicio.</p> <p>Determinar los condicionantes que afectaron la atención de salud, según el acceso a una entidad de prestación de servicios de salud, pública o privada.</p>
Palabras Clave	EPS, cliente, ESE, IPS, paciente, Salud, SGSSS, usuario
Conceptos manejados en el artículo	Ante un mundo donde el ser y el deber ser, y el quehacer cotidiano se limita a un tener; desvalorando la esencia y la razón del existir, cabe reflexionar en la salud que no es otra



(Introducción- planteamiento problema)	<p>cosa que volver nuestro mundo a nosotros mismos para mirar con frialdad como lo máspreciado por el ser humano se determina hoy por la atención, clasificación, ubicación de las EPS; que día a día excluye a muchas personas de la buena atención a los usuarios por el solo hecho de pertenecer a tal o cual estrato social. Hoy, la salud, excelente negocio elitista donde las personas con mayor adquisición económica tiene una mejor atención y en muchos casos subvalorándola en el trato. Donde la EPS funciona en el nivel 1 – 2 – 3, continuamos navegando contra corriente y solo vemos como pasa el paseo de la muerte, los muertos en las puertas de las clínicas porque primero hay que mirar el carnet, aunque ya el usuario este agonizando, ¿valdrán la pena “analizar” estadísticas cuando los decretos y leyes siguen inmutables ante la realidad?</p> <p>El presente trabajo demuestra una vez más como el pertenecer a determinada EPS o estratos, continúe influyendo en la atención de los usuarios. Esperamos que los eternos silencios ante las necesidades del hombre de hoy, se rompan.</p> <p>El sistema de salud en Colombia está regulado por el Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de la Protección Social bajo mandato Constitucional y delegado en parte al sector privado, lo que hace que no sea un derecho propiamente libre ya que excluye de una buena atención a personas que asistan a hospitales del sector publico haciendo de la salud un “negocio” altamente elitista, donde las personas con mayor adquisición económica tienen un mejor servicio a sus necesidades dejando a las personas de bajos recursos excluidas de una buena atención.</p> <p>El sistema vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 1001, expedida en 1993, la cual entre otras disposiciones cambia la salud de ser un derecho pasando a ser un servicio lo que indica indirectamente que en hospitales del estado no hay atención al usuario, si no atención al cliente. Posteriormente se generan nuevas normatividades, la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la 1438 de 2011.</p>
Muestra	La Clínica Médico Quirúrgica Alvernia es una Entidad Privada ubicada en la Calle 26 No. 35 – 34 en un barrio estrato 4 de la ciudad de Tuluá, a diario la visitan entre 90 y 100 personas beneficiarias de diferentes EPS del régimen contributivo.



	<p>El Hospital Rubén Cruz Vélez es una Entidad Pública ubicada en la Calle 20 No. 14 – 45 en un barrio estrato 3 de la ciudad de Tuluá, a diario la visitan entre 1200 y 1400 personas beneficiarias de diferentes EPS.</p> <p>Los investigadores definen que según el volumen diario de pacientes que acuden a los servicios, escoger una muestra del 30% es representativa para aplicar las encuestas.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El tipo de estudio en el cual se enmarca el presente trabajo de investigación, es un estudio descriptivo, que parte de una pregunta de investigación, se revisa el estado del arte de investigaciones o estudios antes realizados y relacionados con el mismo tema y al aplicar las encuestas se concluyen aspectos descriptivos sustentado en la percepción de la atención en salud de los usuarios.</p> <p>Para evaluar la calidad de atención en salud de los usuarios afiliados a una EPS subsidiado versus los afiliados al Régimen contributivo, el presente trabajo plantea la siguiente metodología:</p> <ul style="list-style-type: none">- Definir un prestador de La EPS Subsidiada y otro prestador de la EPS Contributiva.- Se escogió al hospital RUBEN CRUZ VELEZ E.S.E del municipio Tuluá como prestador de la EPS del Régimen Subsidiado y a la Clínica Alvernia del municipio Tuluá como prestador de la EPS del Régimen Contributivo.- Se ajustan las variables para medir la calidad de la atención de salud, como son; accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.- Contenido: La encuesta consta de 8 preguntas cerradas, de selección múltiple con única y múltiple respuesta.- Se define aplicar las encuestas para medir la calidad a una muestra de usuarios en cada prestador.- Universo: Se elige a 30 usuarios aleatoriamente que toman el servicio de atención al cliente.
Resultados	<p>Los usuarios del hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá que se encuestaron pertenecen al Régimen Subsidiado en Salud y, según las encuestas su grado de satisfacción en la atención en los servicios de salud fue bajo.</p>

	<p>Los Usuarios de la Clínica Alvernia, que se encuestaron pertenecen al Régimen Contributivo y según las encuestas su grado de satisfacción fue alto.</p> <p>Los Usuarios que pertenecen al Régimen Contributivo tienen mayor acceso y oportunidad de la atención en Salud.</p> <p>La atención al cliente genera una opinión en el usuario que puede ser compartida lo que genera un posicionamiento mental y un estatus ante el mercado donde se ubique.</p> <p>Prestar un buen Servicio de Salud y Accesibilidad fácil rápida, es de vital importancia para el mejoramiento continuo de las inconformidades del usuario.</p> <p>La Adquisición Económica y la Posición Social de los usuarios permiten una adecuada atención con oportunidad y mejor calidad.</p>
Discusión	<p>Una gran recomendación será al Ente Regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que el actual Ministerio de Salud y Protección Social, el cual debe continuar trabajando para nivelación de los Planes Obligatorios de Salud "POS" del régimen Subsidiado y Contributivo, así como la total cobertura del Aseguramiento al Sistema.</p> <p>Fortalecer por parte de las entidades de Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones de Inspección Vigilancia y Control para garantizar la Calidad de la atención en Salud de los usuarios que acuden a los diferentes prestadores ya sean Públicos o privados, así como a las Empresas Promotoras de Salud.</p> <p>A los prestadores de servicios de salud ya sean públicos o privados, deben implementar los Procesos y procedimientos que mejore. Contar con una línea 018000 disponible las 24 horas para recibir las Quejas, Reclamos y Solicitudes de los usuarios.</p>
Análisis Personal	<p>Las percepciones de la atención en los distintos servicios de salud esta condicionada por múltiples factores como el tipo de régimen subsidiado o contributivo, sector público o privado y</p>

	<p>nivel socioeconómico; destacándose que el régimen contributivo debería tener un valor agregado pero en Colombia cada vez mas estos dos regimenes se parecen mas y casi se podría decir que se esta convirtiendo lo mismo pagar la salud que recibirla subsidiado por el Estado.</p> <p>Un aspecto que maneja el autor sobre la exclusión y privilegios en la salud es verdadero puesto que de la EPS donde se esté afiliado y el estrato que se posea sigue siendo determinante para la atención, pero de la responsabilidad y del criterio que tengan los profesionales en salud dependerá si estos aspectos cambian o no.</p> <p>En el sector salud debe buscarse la equidad, solo construyendo este precepto se podrá lograr que las personas y usuarios se sientan bien atendidos y escuchados y de este modo mejore un poco la mala imagen que posee el sector.</p>
--	---

20.MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.20 Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2
Autor y Año	Autor: Marlene Tobar y Omar Acuña Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico (Revista Chilena de Salud Publica, portal de revistas académicas de la universidad de Chile.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Tobar M y Acuña O. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. Revista Chilena Salud Pública 2012; Vol 16 (2): 131-136.
Objetivo del artículo	Determinar la relación entre el nivel de satisfacción usuaria y la adhesividad al tratamiento y controles de salud en usuarios diabéticos tipo 2, controlados en el Cesfam Bellavista de la comuna de Tomé, durante 2009-2010
Palabras Clave	calidad, satisfacción usuaria, adhesividad
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Durante muchas décadas los sistemas de salud y la práctica de la medicina en general han tenido casi como único objetivo “la enfermedad”, orientando sus esfuerzos al perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, prestando poca atención en la prevención de patologías, conservación y promoción de la salud. Sin embargo, en la actualidad, la salud pública en el mundo y específicamente

en Chile, ha sufrido una serie de cambios, observándose un giro en el concepto salud-enfermedad, para centrarse en el concepto de “salud”, como el completo bienestar físico, psicológico y social, lo que implica un reconocimiento de la influencia de condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas, en el estado de salud de las personas, de su familia y de su comunidad.

El nuevo modelo de atención de salud en Chile busca mejorar la calidad de los servicios y desarrollar servicios acordes a las expectativas de los usuarios, poniendo al usuario y/o cliente al centro con el fin de lograr su satisfacción.

La preocupación por la satisfacción del usuario está condicionada porque esta se relaciona significativa y funcionalmente, con conductas de salud específicas, desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad.

La diabetes mellitus tipo 2 es considerada una de las patologías crónicas de mayor prevalencia en Chile y el mundo. Presentando un significativo aumento en la población mayor de 20 años y cuyo comportamiento se caracteriza por la dificultad para mantener rangos de compensación adecuados. La OMS señala que la no adherencia en las enfermedades crónicas, como la diabetes, constituye un problema de salud pública, siendo cinco las dimensiones que explican este fenómeno: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el usuario, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el sistema o equipo sanitario⁵. La asociación que pueda generarse entre el nivel de satisfacción usuaria y adhesividad a controles y tratamientos de estos usuarios diabéticos, permitirá desarrollar nuevas intervenciones, mejorar la calidad de la atención, lograr la satisfacción, mantener la adhesividad y con ello mejorar el nivel de compensación.

La hipótesis planteada en el estudio fue: “los usuarios diabéticos tipo 2, con mayor grado de satisfacción usuaria, presentan una mejor adhesividad a tratamientos y controles de salud, que aquellos con menor satisfacción usuaria”.



Muestra	Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. Para la definición del universo se analizaron 235 fichas y sus respectivos tarjetones de control, correspondiendo estas a la totalidad de los usuarios controlados por DM2 en el Cesfam Bellavista de la Comuna de Tomé, durante junio del año 2009 y junio 2010.
Intervención y proceso medición	<p>Criterios de inclusión los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Usuarios con diagnóstico de DM22) En control por 1 año o más.3) 35 a 64 años de edad.4) Domicilio, sector urbano de la comuna. <p>Se excluyeron 27 usuarios que no cumplían con los criterios establecidos, el universo se definió en 208 personas. La selección de la muestra se realiza en forma aleatoria, estratificando por tramos de edad. Para determinar el tamaño de la muestra, se considerará el antecedente de adherencia al tratamiento de usuarios con DM2 de un 50% (OMS, 2004); el grado de seguridad fijado en la estimación fue de un 95% y el error de muestreo de un 5%. Conforme a lo anterior, resultó un tamaño de muestra de 136 personas.</p> <p>La selección de la muestra se realizó en forma aleatoria y estratificando por tramos de edad.</p> <p>En la recolección de datos se utilizó el cuestionario: “Encuesta de Satisfacción Usuaría de Salud Primaria”, para determinar el grado de satisfacción usuaria, confeccionado por la Dirección de Salud Municipal de Tomé, en 2009, utilizando como base el cuestionario de “Calidad del servicio desde la perspectiva de los pacientes de los centros de atención secundaria de salud”. Para evaluar adhesividad a tratamiento farmacológico se utilizó el cuestionario de Morisky Green, cuestionario autorreferido más utilizado, validado en su versión española por Val Jiménez⁷. Ambos instrumentos fueron aplicados en el domicilio del usuario, por alumnas del quinto año de la carrera de enfermería, quienes recibieron un adiestramiento en la aplicación de los instrumentos.</p> <p>En el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS 15 y para establecer la relación entre variables, la correlación de Pearson.</p>
Resultados	Del total de la población DM2 en estudio, el 64% se clasifica “Sin adhesividad a tratamientos y controles de salud” y solo



	<p>un 36% “con adhesividad a tratamientos y controles de salud”. Este porcentaje de adhesividad es inferior a lo planteado por la OMS, la cual señala que la adhesividad alcanza un 50% en la población diabética. El mayor porcentaje de la población se concentra en el tramo de edad de 55 a 64 años, con un 59%, seguido de la población de 45 a 54 años, con un 24 % y un 7% de 35 a 44 años.</p> <p>Se muestra una diferencia al comparar medias de los usuarios con adhesividad y sin adhesividad en su relación con las diferentes dimensiones de la satisfacción usuaria, siendo los mejores resultados obtenidos en usuarios con adhesividad, los cuales son clasificados como “muy satisfechos” con los servicios entregados por el Cesfam Bellavista. Los usuarios sin adhesividad se manifiestan con menor satisfacción, clasificándose como “satisfechos”.</p> <p>Las dimensiones fiabilidad ($r= 0.191$) y accesibilidad ($r= 0,204$) con un nivel de significación de 0,05, por tanto presentan una asociatividad lineal de 19% y 20%, respectivamente, con un 95% de seguridad. En las dimensiones empatía ($r=0.226$) y capacidad de respuesta ($r=0,227$) con un nivel de significación de 0,01, por tanto se establece una asociatividad lineal mayor en estas dos dimensiones, de un 23% aproximadamente, con 99% de seguridad.</p> <p>Los aspectos tangibles en ninguna de sus afirmaciones presentan una correlación significativa con la variable adhesividad a tratamientos y controles de salud.</p>
Discusión	<p>La no adherencia en las enfermedades crónicas, como la diabetes, constituye un problema de salud pública, siendo cinco las dimensiones que explican este fenómeno: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el sistema o equipo sanitario (OMS, 2004). La satisfacción usuaria considerada un indicador de resultados en la evaluación de calidad, representa una herramienta imprescindible a considerar, ya que usuarios más satisfechos cumplirán las indicaciones y tratamientos y permanecerán fieles a los prestadores de salud.</p> <p>Por tanto, se comprueba la hipótesis planteada, estableciendo que: los usuarios diabéticos tipo 2, satisfechos</p>

	<p>con el servicio recibido, presentarán adhesividad al tratamiento y controles de salud en un 20 a 23% más que aquellos con menor satisfacción. Siendo, por tanto, la satisfacción usuaria un factor determinante en la adhesividad de los usuarios diabéticos tipo 2.</p>
Análisis Personal	<p>El estudio anterior demuestra que la atención se convierte en una variable no solo de calidad sino también clínica y casi terapéutica, puesto que la satisfacción de los pacientes también incide de manera positiva en su recuperación.</p> <p>En este tipo de tratamiento y en muchos otros está comprobado que la atención al paciente de manera adecuada y con un alto sentido humano le brinda la posibilidad a estos de recuperarse más rápidamente y reducir las estancias hospitalarias lo que redundará de manera positiva no solo a los pacientes, sino que contribuye a que los hospitales reduzcan costos.</p> <p>Es importante volver a sensibilizar la prestación de los servicios en salud y no seguir manejando a los pacientes como una estadística más, ya que está demostrado que a través de una buena atención está garantizado un alto porcentaje de éxito en los diferentes tratamientos hospitalarios.</p>

21. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.21 Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema
Autor y Año	<p>Autor: Adalberto E. Llinás Delgado</p> <p>Fecha de recepción 4 de febrero de 2010 Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2010.</p>
Ubicación del artículo (base datos)	Base de datos: Biblioteca Virtual en Salud – BVS. Biblioteca Virtual para la Vigilancia en Salud pública de Colombia.
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Llinás Delgado A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154
Objetivo del artículo	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>La calidad como eje central en la prestación de servicios en</p>

	<p>salud</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Lograr la satisfacción de los usuarios, desarrollando estrategias de comunicación permanente con ellos, con el fin de identificar sus necesidades, observaciones y expectativas frente a los servicios prestados en la institución.</p> <p>Alcanzar la calidad esperada con la implementación y seguimiento al programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y tener al usuario satisfecho.</p>
<p>Palabras Clave</p>	<p>Calidad, sistema de salud, reformas, atención en salud</p>
<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>El concepto de “calidad” proviene del latín qualitis, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad. El Pequeño Larousse Ilustrado define “calidad” como el conjunto de cualidades de una persona o cosa.</p> <p>En estas definiciones se concibe la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Según E. Deming, “la calidad es el orgullo de la mano de obra”, entendiendo “mano de obra” en el más amplio sentido, y agrega que “la calidad se define en términos de quien la valora”. P. Crosby dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”, y J. Juran define “calidad” como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias”.</p> <p>El concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo, y múltiples dimensiones, las cuales son notablemente influenciadas por el proceso cultural y la influencia de los actores de poder. Donabedian define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. “La atención</p>



	<p>médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente” (10). Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo; el mismo está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado.</p>
Muestra	<p>En algunos países los cambios se vienen desarrollando a partir de negociaciones políticas complicadas, toda vez que el derecho a la salud como derecho de ciudadanía integra el elenco de beneficios posibilitados por las políticas sociales y compone el imaginario y la conciencia colectiva de la población.</p> <p>Se han seleccionado algunos países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela, donde se muestran diferentes modelos con estrategias para lograr la calidad de atención en salud.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El Sistema de Salud en Colombia, muy cargado de normatividad, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), que se instituyó formalmente con la expedición del Decreto 2174 de 1996, “Sistema de Requisitos Esenciales”, remplazado por el Decreto 2309 de 2002, y luego el 3 de abril de 2006 por el Decreto 1011. Esta normativa, si bien presenta avances conceptuales importantes, no se refleja en los resultados reales a la sociedad del proceso de atención, ya que el sistema debe garantizar lo mínimo indispensable para brindar una prestación de salud que cumpla con el precepto hipocrático, “primum non nocere”.</p> <p>Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ha venido disminuyendo sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más graves (18). Encontramos</p>

un sistema que se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento.

Entre los aspectos positivos se pueden mencionar:

- Proceso de descentralización.
- Establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA); cuyo principal efecto es que pueden facturar a la población con cobertura social, establecer convenios, utilizar los recursos por la venta de los servicios para incentivar la productividad y eficacia del personal.
- Libre elección de los afiliados.
- Programa Médico Obligatorio (PMO), lo equivalente al Plan Obligatorio de Salud en Colombia (POS).

Como aspectos negativos para la población consideramos:

- La inequidad en la prestación de los servicios.
- La inestabilidad laboral en relación con la ley de flexibilización del trabajo.

En Brasil, a pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), en el que se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay, en realidad, tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social y gobierno), lo que determina la desigualdad de acceso de la población

Chile tiene un sistema de salud mixto, compuesto de fondos y prestadores tanto públicos como privados, liderado por el Ministerio de Salud, el cual tiene como tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y el sistema de salud privado está conformado por las Empresas de Administración de Salud (ISAPRE) (22).

El modelo chileno de calidad en atención en salud es considerado hoy por hoy como punto de referencia de un pluralismo estructurado, lo cual significa una verdadera innovación en la reforma de los sistemas de salud de América Latina.

Cuba, debido al desarrollo de la salud pública tanto en extensión como en cobertura, ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema de salud cubano se mantiene en constante transformación, sobre todo incrementando las acciones preventivas, trabajando sobre la variación de los patrones de consumo, incidiendo en los hábitos de vida que pueden reducir un grupo de enfermedades (25).

El sistema cubano tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del Estado, cobertura universal, servicios con carácter gratuito, activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral (26).

En Ecuador, el modelo de salud está soportado en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Delimitado por dos grandes macropropuestas:

- Incrementar de un 20% al 100% la cobertura en salud.
- Competencia médica, excelencia, integralidad y calidad de la atención en salud

En México, el sistema de salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales pobres, a través de un paquete básico de servicios.

La cobertura efectiva en general va desde 54% en Chiapas hasta 65% en el Distrito Federal. Y se plantea trabajar en lograr brindar servicios de calidad y no sólo en ofrecer la disponibilidad del servicio.

La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal. Este modelo ha representado avances importantes, con un amplio apoyo social, pero es

	<p>necesario que dichos cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento que se debe destacar es la competencia entre los proveedores, lo cual prioriza la calidad como estrategia de competitividad.</p> <p>En Paraguay, el sistema centra su desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, a fin de incorporar los valores de: equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, planes y prestadores, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social.</p> <p>Este sistema presenta una situación alentadora, ya que desde la presentación del proyecto de la Ley 1032/96, que creó el Sistema Nacional de Salud, las gobernaciones y municipalidades han conformado Consejos Regionales y Locales de Salud, que constituyen la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud.</p> <p>Puerto Rico basa todo su sistema en el sector privado, por considerar que tiene mejores recursos y calidad de servicios. Lo positivo: el aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la atención de la población de escasos recursos económicos.</p> <p>En Venezuela, los cambios políticos han generado importantes inversiones en el sector salud, fortaleciendo la atención primaria, pero como negativo se resalta las condiciones de los profesionales de la salud, remplazados en algunos casos por médicos cubanos. Algunos autores venezolanos cuestionan la política de salud de no cumplir con lo urgente, y muchos menos con lo importante.</p>
<p>Resultados</p>	<p>El logro más importante de esta reforma a la salud en Colombia es el aumento de la cobertura, pero, en realidad, lo que ha aumentado es el número de carnetizados. Entonces hay aumento de la cobertura pero sin equidad, lo cual se evidencia en la conformación de 3 grupos con diferentes planes de beneficios: los vinculados, los del régimen subsidiado y los del contributivo; esta debilidad encuentra un indicador válido en el porcentaje de tutelas que se</p>

	<p>presentaron entre 1999 y 2003 para acceder al derecho a la salud, que fue del 25.7%, lo que equivale a un total de 145.360 tutelas.</p> <p>Para revisar el concepto de calidad en salud en Colombia se requiere tener una noción de lo que hacen los países vecinos con respecto a la calidad en salud, es necesario hacer una revisión de las políticas que se tienen al respecto.</p> <p>Latinoamérica presenta diferentes modelos de prestación de servicios de salud, y en ese contexto es conveniente conocer las diferentes experiencias para alcanzar una visión general de las mismas, a fin de poder evaluarlas, y de ser posible, implantarlas en nuestro país con el ánimo de mejorar el sistema actual.</p>
Discusión	Para tener un usuario satisfecho se deben implementar medidas que contribuyan siempre al mejoramiento continuo de la calidad.
Análisis Personal	Es difícil implementar una metodología para medir la calidad del servicio es un asunto que hoy aún resulta bastante complejo, porque no existe un consenso frente a la definición de este concepto. Las escalas de medición de la calidad son discutidas de manera abundante en la literatura. Sin embargo se reconocen dos formas de medir la calidad de los servicios: una, desde el punto de vista del oferente, como adaptación a las especificaciones establecidas para la prestación la otra desde la perspectiva del usuario. No sólo la evaluación general de la calidad de los servicios, sino la identificación de las dimensiones de calidad o de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario deben ser retos de las políticas de orientación hacia el usuario, por parte de las instituciones prestadoras de salud.

22. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.22 Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud
---------------	---



Autor y Año	Autor: Luis Fernando Toro, José Bareño, Pablo A. Guzmán , Juan Carlos Correa Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico (Universidad CES)
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Toro, L. F., Bareño, J., Guzmán, P. A., & Correa, J. C. (2012). Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud (Relevant information management for quality health organizations)(Gestão de informações relevantes para organizações de saúde de qualidade). Revista CES Salud Pública, 3(1), 59-72.
Objetivo del artículo	Someter al escrutinio de la comunidad científica una matriz construida con la información de interés en la gestión por calidad de las organizaciones de salud, como recurso de homologación y estandarización de unos índices cuya definición, bondad de ajuste e interrelación carecen de antecedentes en la literatura especializada.
Palabras Clave	Gerencia, Gestión de Calidad, Gestión en Salud, Gestión de la Información, Indicadores de Gestión
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La búsqueda de indicadores y más recientemente de verdaderos sistemas de índices para el seguimiento y evaluación de los servicios, el mejoramiento continuo y la gestión de las organizaciones de salud, pasaron de ser un requisito para el logro de los certificados de calidad y se ha convertido en un factor de diferenciación competitiva e incluso de supervivencia empresarial.</p> <p>Con base en los avances logrados en materia de calidad por el sector salud colombiano, movidos por el afán de unificar criterios, facilitar el procesamiento y optimizar el beneficio de la información relevante para los interesados, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), empresas promotoras de salud (EPS), entes de dirección y usuarios, nos abocamos al desarrollo de un sistema de índices de gestión por calidad para las organizaciones de salud, el cual precisa para su validación, que la comunidad científica conozca y acepte, como soporte teórico, los índices contenidos en esta propuesta que hasta el presente carecen de estandarización, tanto como la metodología empleada y la aplicación del sistema en su conjunto.</p>

<p>Muestra</p>	<p>El trabajo se basa en una revisión crítica y exhaustiva de los artículos publicados, las experiencias adelantadas y las normas vigentes sobre calidad en el mundo entero y particularmente en Colombia durante las dos décadas de transición del milenio, que sirvió de insumo para el desarrollo de la propuesta metodológica Sistema de índices de gestión por calidad para las organizaciones de salud</p>
<p>Intervención y proceso medición</p> <p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La información revisada se confrontó con la realidad operativa de los servicios de salud que se vienen prestando en organizaciones de prestigio, reconocidas nacional e internacionalmente debido a sus avances en materia de calidad y/o seguridad. Producto de este análisis, se optó entonces por afirmar aquellas mediciones universalmente aceptadas por su validez, metodología de aplicación y utilidad, por proponer mediciones sustitutivas en aspectos de difícil consenso a causa de las múltiples interpretaciones dadas a la calidad y su aplicación subjetiva y, finalmente, por idear algunas lo suficientemente factibles, que si bien hasta el presente no han sido empleadas, en caso de ser aprobadas por la comunidad científica, expandirían la frontera del conocimiento específico y contribuirían a mejorar la gestión empresarial y la competitividad sectorial.</p> <p>Los índices propuestos —variables del sistema—, se refieren a seis aspectos de la gestión por calidad, a saber: oportunidad, riesgo, gestión, satisfacción, innovación y ambiental.</p> <p>Si la definición de calidad ha sido elusiva, la precisión de su espectro es toda una singularidad. A favor del consenso se plantean entonces dos determinantes prácticos para la medición/evaluación de la gestión por calidad: 1. La calidad como insumo. Factor diferenciador en efecto, pero no independiente del servicio, la productividad, rentabilidad y responsabilidad social corporativos. 2. La gestión como resultado, susceptible de optimización a través de la garantía de la calidad, entendida como la interpretación de los indicadores de actuación o desempeño</p>
<p>Resultados</p>	<p>Matriz base del Sistema de Índices de Gestión por Calidad para las Organizaciones de Salud (SIGNOS), actualmente a prueba y próximo a ser publicado.</p> <p>Índices e indicadores por áreas de interés: Índice de Oportunidad Institucional, Índice de Riesgo Institucional, Índice de Gestión Institucional, Índice de Satisfacción Institucional,</p>

	Índice de Innovación Institucional, Índice Ambiental Institucional.
Discusión	<p>Seguir creyendo en la oportunidad de la atención para una cita pedida dos meses atrás, en la de la efectiva realización de una cirugía que lleva más de un año de indicada y que sólo fue posible mediante una acción de tutela o en la de la evaluación por cardiología de un paciente con dolor torácico, en una IPS de nivel IV de complejidad, medio día después de su ingreso por urgencias, independientemente de los resultados, constituye, aparte de un riesgo añadido e inútil, una burla a la dignidad del usuario.</p> <p>Las tasas de infecciones y mortalidad y el número de reingresos han sido, por separado y tradicionalmente, señales indirectas de la calidad de los sistemas y los servicios de salud. En la actualidad, son apenas tres de las cerca de cuatro docenas de eventos adversos con cuyo control se aspira (tal es el propósito global) a minimizar el riesgo asistencial y a mejorar de manera significativa la seguridad de los pacientes.</p> <p>Aunque parezcan arbitrarios y, para los autores, anacrónicos incluso en mayor medida, los indicadores seleccionados para configurar el tercer índice constituyen, quince años después de implantado el actual modelo de seguridad social y a diferencia de lo que ocurre en otras latitudes, tres de los aspectos más determinantes en la calidad de los servicios de salud en el país, mirados desde la perspectiva asistencial, estratégico-administrativa o laboral.</p> <p>Entendida la satisfacción laboral como una actitud positiva e individual hacia el trabajo y las condiciones en que se realiza, su consecuencia, que aquí se expresa como el porcentaje de rotación del personal en el período, se espera que refleje un clima organizacional propicio a la productividad, la creatividad y el bienestar de todos.</p>
Análisis Personal	El objeto primordial de las instituciones de salud debe ser encaminar todos sus esfuerzos al cumplimiento de su misión, objetivos, planes y programas para crecer en el mercado, posicionándose; para poder lograr esta meta es necesario aplicar y utilizar diferentes herramientas gerenciales, que permitan generar al interior procesos de retroalimentación, ajuste y mejoramiento enfocados a la Satisfacción del usuario y a las necesidades de la comunidad.



<p>Análisis Personal</p>	<p>Uno de los principios fundamentales para la toma de decisiones y la calidad de las mismas es basarse en hechos y datos reales que brinden información precisa, como paso previo a la ejecución de los planes y como parte del seguimiento después de su realización.</p> <p>Los sistemas de indicadores de gestión han demostrado ser una herramienta sumamente útil para suplir la falta de competencia, ya sea para los directivos de las empresas, que tienen la responsabilidad de la operación, como para quienes tienen la misión de controlar el cumplimiento eficiente de los compromisos asumidos y fijar nuevas metas a futuro. Éstos se convierten en unos facilitadores del control de los Líderes de Procesos y de la correlación oportuna de los problemas detectados; además garantiza contar con información constante, real y precisa sobre aspectos tales como la efectividad, la eficacia, la eficiencia, la productividad, la calidad, la ejecución presupuestal, la incidencia de la gestión, entre otros aspectos que constituyen en conjunto una fortaleza de la organización. Así mismo, implican la medición de las acciones y actividades, pudiendo corregir el fracaso, debido a que se reconoce y se distingue el éxito, de acuerdo a los resultados obtenidos.</p> <p>La medición es información para el logro de ese conocimiento profundo de los procesos, que permite tomar decisiones adecuadas, bien sea para corregir, estableciendo la estabilidad deseada del sistema; bien sea para prevenir y tomar decisiones antes de que se produzca la anormalidad indeseada; o más aún, para diseñar, incorporando elementos que impidan que las características deseadas se salgan fuera de los límites de tolerancia.</p> <p>Estas mediciones de eficacia, eficiencia y efectividad, se aplican a los procesos de la organización, facilitando mediante un sistema disciplinario y consistente no sólo identificar las causas, sino también modificar los resultados que permitan el logro y las metas organizacionales. Es así como la Gestión por procesos, soportada en indicadores de gestión, es la que hace que los sistemas de calidad se consoliden.</p>
---------------------------------	---

23. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.23 Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa
Autor y Año	Autor: Macarena Hirmas Aday, Lucy Poffald Angulo, Anita María Jasmen Sepúlveda, Ximena Aguilera Sanhueza, Iris Delgado Becerra y Jeanette Vega Morales Año: 2013
Ubicación del artículo (base datos)	SCIELO Google académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Aday, M. H., Angulo, L. P., Sepúlveda, A. M. J., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., & Morales, J. V. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. <i>Rev Panam Salud Publica</i> , 33(3), 223.
Objetivo del artículo	Determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.
Palabras Clave	Acceso a los servicios de salud; atención a la salud; equidad en salud; inequidad social; cobertura universal.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>¿Por qué algunas personas toman contacto con los servicios de salud y otras no? ¿Por qué algunos pacientes adhieren a tratamiento y otros no? Los sistemas de salud tienen éxito cuando las personas se mantienen sanas o, en caso de enfermar, tienen acceso a los servicios sanitarios de acuerdo a su necesidad, siguen el tratamiento —limitando el daño o rehabilitándose— y están satisfechas con los servicios que mejoran su calidad de vida y su nivel de salud. El nivel de salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud (DSS), definidos como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud”. Los DSS incluyen las características específicas del contexto social por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud.</p> <p>El sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo; interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones Sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso</p>



	<p>equitativo a los servicios de atención.</p> <p>Los DSS, incluido el sistema de salud, establecen grandes diferencias en el nivel de salud que son inequidades. El concepto de inequidad implica que “las desigualdades son injustas y evitables, es decir pueden ser prevenidas y remediadas”. La equidad en salud apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo. Para lograr equidad en salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.</p>
Muestra	<p>Se realizó una revisión sistemática cualitativa de literatura entre junio y octubre de 2010, planteándose la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores de acceso a atención de salud identificadas en la literatura, desde el punto de vista de los usuarios y del personal de salud? Se examinaron artículos publicados —en español e inglés— entre 2000 y 2010 de estudios cuantitativos o cualitativos, de fuente primaria o secundaria, así como literatura gris, que identificaran barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud según usuarios y personal de salud.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Una revisión sistemática cualitativa, resume y analiza evidencia en torno a una pregunta de investigación específica y estructurada donde no se combinan los resultados con métodos estadísticos como la meta análisis. Se determinaron palabras clave y limitadores enmarcados bajo el Modelo de Tanahashi, comparándose los luego con los existentes en la Lista de Términos Médicos (MeSH, por sus siglas en inglés). La mayoría no contaba con palabras similares, ya que corresponden a términos representativos y específicos del campo a estudiar. Se consultaron tres fuentes internacionales suscritas por la Biblioteca Biomédica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo, Chile (Fuente Académica, Medline en texto completo y Base de datos académica multidisciplinaria en texto completo [Academic Search Complete]), todas pertenecientes al proveedor EBSCO, y tres fuentes internacionales de acceso libre validado (LILACS, PubMed y SciELO). Para evitar sesgo de publicación, se consultó literatura gris correspondiente a manuales, documentos técnicos e informes de jornadas científicas nacionales e internacionales, así como documentos del</p>

	<p>Ministerio de Salud de Chile, Organización Mundial de la Salud, el Fondo Commonwealth y de expertos en DSS e inequidades control y transversales, la lista de chequeo</p> <p>Consideró 22 criterios referidos a título, resumen, introducción, metodología, resultados, discusión, aspectos éticos, financiamiento y conflicto de intereses.</p> <p>En diseños cualitativos, la lista de chequeo consideró 35 criterios referidos a objetivos, congruencia y adecuación de la metodología a los objetivos, metodología, estrategia de selección de participantes, técnica de recogida de datos, reflexividad del investigador, aspectos éticos, análisis de datos, exposición y aplicabilidad de resultados.</p> <p>En las revisiones sistemáticas, la lista de chequeo evaluó 22 criterios que correspondieron a tema de la revisión, estrategia de búsqueda, criterios de inclusión, valoración de la calidad de los estudios, resultados, aplicación de resultados y evaluación de beneficios</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se seleccionaron 19 de 1 160 resultados de la revisión de artículos científicos, y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo. Las 230 barreras se clasificaron acorde al modelo de Tanahashi: 25 corresponden a la dimensión disponibilidad, 67 a accesibilidad, 87 a aceptabilidad y 51 a contacto. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente.</p> <p>De los 19 artículos incluidos, 16 son de fuentes primarias y 3 de fuentes secundarias de información. Como marco muestral, 13 estudios incluyeron exclusivamente a personas que utilizan los servicios de salud, y 6 incluyeron población general usuaria y no usuaria de servicios. Solo cinco estudios incorporaron también a equipos de salud. Seis del total de artículos incluyeron participantes de distinta etnia De los cinco estudios que incluyeron como sujetos a equipos de salud, solo cuatro identificaron las barreras percibidas por el equipo, principalmente las que corresponden a las dimensiones de disponibilidad y contacto.</p>
	<p>Los hallazgos revelan que la mayoría de los trabajos sobre barreras y facilitadores en la atención de salud han tenido lugar</p>

<p>Discusión</p>	<p>en países desarrollados, corresponden a estudios cualitativos de fuentes primarias y se han realizado con personas usuarias de servicios de salud. Es importante destacar que los estudios cualitativos generaron un espectro más amplio y profundo de barreras y elementos facilitadores que los cuantitativos.</p> <p>Las barreras se presentan en todos los contextos de desarrollo social y económico estudiados, y en distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud, incluso en países donde existe cobertura universal. Estos hallazgos son coincidentes con los resultados de otros estudios referidos a accesibilidad.</p> <p>Se observó que las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: Costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud; Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y Estigma social, creencias y mitos (6,1%).</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En el campo de la salud las barreras son amplias, ya que existen diferentes motivos por los que no se presta una atención adecuada y que cubra a toda la población, ocasionando insatisfacción de una sociedad que con justa razón reclama sus derechos.</p> <p>Como lo mencionaban en las conclusiones del artículo “Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresión de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas”. Con lo anterior las conclusiones generales que podemos sacar están basadas en una meta fundamental que es alcanzar la equidad sanitaria a lo largo de una generación, lo anterior si puede hacerse posible, pero el compromiso debe ser de todos los países a nivel gubernamental, político, sociedad civil y compromiso de todas las asociaciones que puedan existir donde se dé el apoyo a las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.</p> <p>El crecimiento económico hace que los ingresos sean mayores, pero la distribución de estos debe corresponder según las necesidades de las personas, y distribuirlos de modo inteligente, el uso adecuado de la riqueza donde allá igualdad en salud, vivienda confortable, alimentación sana, practicas justas de empleo puede contribuir enormemente a la equidad</p>

Análisis Personal	<p>sanitaria.</p> <p>La salud no puede estar en manos de unos cuantos, ni la accesibilidad a ella puede ser solo para el que tiene el dinero, pues en un mundo donde todos tenemos que tener igualdad de condiciones sanitarias no debe existir discriminaciones, al contrario se debe contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, para disminuir el riesgo de mortalidad y morbilidad, y aumentar la esperanza de vida.</p> <p>Las condiciones políticas sociales y económicas son definitivas en el crecimiento de un niño, la transformación, las oportunidades, el desarrollo de sus aptitudes, calidad en salud, nutrición, vivienda, educación, son bases fundamentales que tiene derecho una persona para tener una vida prospera; por lo anterior se hace importante estar a la vanguardia de un movimiento mundial que luche y se fortalezca para demostrarle a todo un mundo que si se puede hacer posible alcanzar la equidad sanitaria en búsqueda de una esperanza de vida con calidad y excelencia.</p> <p>Con el paso del tiempo, hemos vivido siempre en sociedades en las que los determinantes de salud dependen totalmente de la distribución del dinero, del poder y de los recursos a nivel mundial, nacional y local, y esto varía en cada persona dependiendo de su nivel socioeconómico, dejando a grupos de personas en extremos totalmente expuestos. Ya que si esta distribución de bienes y poder no era la adecuada, los grupos sociales más vulnerables son quienes ven las consecuencias de una manera negativa.</p>
--------------------------	---

24. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.24 Eficacia de programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria
Autor y Año	Autor: Carlos Álvarez Baglietto Año: 2011
Ubicación del artículo(base datos)	Google Académico (Revista ciencia y tecnología)

<p>Citación Bibliográfica del artículo Vancouver)</p>	<p>Álvarez, C. (2013). Eficacia de programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria. Revista CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 9(1).</p>
<p>Objetivo del artículo</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la eficacia de la aplicación de un programa educativo sobre información, educación y comunicación a trabajadores asistenciales en la mejora del nivel de satisfacción de pacientes sometidos a CMA en el hospital “Víctor Lazarte Echegaray” de Trujillo.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a CMA, nivel de conocimientos, actitudes y conductas de los trabajadores asistenciales, antes y después de la aplicación de un programa educativo sobre, información, educación y comunicación, IEC, a los trabajadores asistenciales. 2. Establecer la relación entre el nivel de conocimientos y nivel de actitudes y conductas de los trabajadores asistenciales y el nivel de satisfacción de los pacientes, antes y después de la aplicación de un programa educativo sobre IEC. <p>OBJETO DE ESTUDIO</p> <p>El objeto de estudio estuvo conformado por trabajadores de salud del departamento de cirugía del hospital “Víctor Lazarte Echegaray” de Trujillo, Perú y pacientes atendidos entre Noviembre 2009 y Enero 2010.</p> <p>Se trabajó con una muestra de 100 pacientes y 100 trabajadores de salud. En el caso de los pacientes fueron 100 atendidos antes de la aplicación de un programa educativo y 100 después del programa. El personal de salud comprendió a 30 médicos, 30 enfermeras y 40 técnicos de enfermería del Departamento de Cirugía del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”.</p> <p>Variable dependiente: nivel de satisfacción del paciente Variable independiente: Programa educativo, IEC, para el</p>



	personal de salud que atiende a los pacientes.
Palabras Clave	Atención hospitalaria, satisfacción del paciente, capacitación de personal de salud.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La satisfacción del paciente representa una evaluación sobre su percepción de la calidad de atención y se expresa por el grado de satisfacción (MINSA, 2000: 73). El nivel de satisfacción del paciente se basa en el concepto vigente de salud-enfermedad y en el estado de la ciencia y tecnología médica, sin tener en cuenta los costos, expectativas y comodidad del paciente (Álvarez, 1998:64; Corbella, 1990:397). Chang (1990:15) en una encuesta sobre satisfacción de los servicios de atención en Cuba, evidenció que el 70 % de la población estaba medianamente satisfecha. Retamal y Monge (2000:275) en España, encontraron que el “trato” es lo más importante para los pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none">- La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud de Lima (1999), reportó que la información recibida y el trato fueron los aspectos más apreciados por los pacientes asegurados. Gran parte del conocimiento que se tiene sobre satisfacción en el Perú es testimonial. Bejarano (1997) en Trujillo, Perú, reporta que en el Hospital Lazarte Echegaray, más del 60 % de médicos, enfermeras y técnicas de enfermería no brindan orientación general ni otorgan información. En una encuesta realizada por Jaramillo (2000) sobre percepción de servicios a pacientes de la red asistencial se reportó que el 56,6 % recibieron información oportuna y veraz, el 34 % refirieron amabilidad en el trato y 54,3 % que la calidad de atención fue buena.- Un programa educativo de información, educación y comunicación propicia la comunicación del personal de salud, mejora la satisfacción del usuario, fomenta el mejor desempeño en el trabajador y la empatía con los usuarios. Dentro del plan de mejora continua de la calidad de atención en salud en el Hospital Lazarte Echegaray, se ha considerado importante poder utilizar este tipo de programas realizando talleres.
Muestra	La muestra fue de 100 trabajadores de salud y 100 pacientes.




<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El Programa educativo se elaboró con base al análisis reflexivo del marco conceptual de la cirugía mayor ambulatoria, las teorías de la comunicación, audiencias, estrategias y elaboración de recursos didácticos educativos, motivando en el personal de salud una actitud participativa, solidaria, responsable y creativa. El programa educativo fue ejecutado mediante talleres. Se aplicaron pruebas para evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y conductas al personal y el grado de satisfacción de los pacientes antes y después del programa. Las escalas de valoración fueron: alto-medio-bajo, bueno-malo y adecuado-inadecuado.</p> <p>Elaboración y aplicación de los tests</p> <p>Antes del desarrollo del programa educativo se aplicaron los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- El test para valorar el nivel de satisfacción del paciente.- El test para valorar las conocimientos, actitudes y prácticas del personal asistencial en relación a Cirugía Mayor Ambulatoria. <p>Elaboración y aplicación del programa educativo</p> <p>El Programa educativo se elaboró en base a estrategias de información, educación y comunicación para los pacientes de cirugía mayor ambulatoria, mediante el análisis reflexivo del marco conceptual de la cirugía mayor ambulatoria, teorías de la comunicación, audiencias, estrategias sobre el modelo de IEC y elaboración de recursos didácticos educativos, motivando en el personal de salud una actitud participativa, solidaria, responsable y creativa.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Existe relación directa entre nivel de conocimientos, actitudes y conductas y nivel de satisfacción, por lo que se considera que el Programa es eficaz en la mejora del nivel de satisfacción de los pacientes. El nivel alto de satisfacción del paciente se elevó de 1 a 52% mientras que el nivel bajo se redujo de 69 a 10 %. Las expectativas y resultados del tratamiento, impresión previa a la cirugía y luego de ésta, resultaron en aumento significativo del nivel alto. El nivel de conocimientos de los trabajadores sobre cirugía mayor ambulatoria registró un aumento en el nivel bueno de 0 a 50 % y una disminución en el nivel malo de 92 a 9%. El nivel de actitudes y conductas registró un aumento en el nivel</p>

	<p>adecuado de 0 a 56 % y una disminución en el nivel inadecuado de 70 a 2 %.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Uno de los estudios encontrados donde se valora la satisfacción del paciente antes y después de aplicado un programa educativo al personal de salud fue realizado por Gómez y col. (2007) quienes evaluaron la satisfacción de los pacientes por la atención recibida en consulta antes que los médicos recibieran la intervención educativa y dos meses después de ésta. El nivel de satisfacción se mantuvo estable después de la intervención excepto por el ítem que indagaba sobre la preocupación del médico por los efectos que causaron los problemas en la vida de los pacientes deprimidos, donde estos percibieron una mayor satisfacción. El nivel de satisfacción se mantuvo luego de la intervención educativa con mejorías respecto a la percepción de la preocupación de los profesionales de la salud.</p> <p>Cualquier mejora en la relación entre personal, pacientes y familiares se desarrolla cuando los actores son permisivos al aprendizaje, todo conocimiento nuevo influye en las relaciones que atañen a CMA, ya que para este tipo de cirugía es preciso informar, educar y comunicar a los pacientes, de manera rápida e intensa sobre las implicancias de realizar intervenciones quirúrgicas sin hospitalización. Con información se difunden nuevos conocimientos y socializan experiencias, con educación se imparten orientaciones y consejos para el aprendizaje y con comunicación se crean procesos, se logran actitudes saludables y se motivan nuevas conductas. El programa educativo mejora la relación personal-paciente, desarrollando en el personal actitudes para mejorar la atención del paciente, resolver sus necesidades y exigencias y apoyarlo afectivamente. El respeto es prioritario en CMA donde la consideración y acatamiento son vitales para actividades intensas, rápidas y sin fallas.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Cuando se tiene en las instituciones un nivel de entrenamiento y empalme excelentes, se espera que los usuarios perciban esta situación, ya que los empleados deben estar dispuestos a contribuir para que en la institución donde se elabora se realicen las cosas de la mejor forma, siendo esta con calidad, eficiencia, compromiso y dedicación. Igualmente Capacitar al usuario y a la familia permite un acercamiento, donde el solo hecho de saber que procedimiento le van a realizar, inspira tranquilidad y confianza por parte del usuario y su familia.</p> <p>Como es lógico y esperable en la relación entre el personal de salud y el paciente un aspecto clave lo constituyen los aspectos</p>

Análisis Personal	<p>comunicativos. En consecuencia, la mejora en la comunicación es una condición indispensable para poder mejorar el sistema sanitario. Y ello es así no solamente por razones psicosociales, sino incluso por razones puramente clínicas, dado que muchos errores de diagnóstico se deben precisamente a una pobre o inadecuada comunicación entre el personal sanitario, fundamentalmente el médico y el enfermo.</p> <p>La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de Enfermería, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización. Una de las principales necesidades de los familiares, es recibir una adecuada información, ya que muchas veces el trato no es el adecuado para estas personas que lo único que quieren es saber de sus familiares, no siendo justo cuando se responde con ironía o grosería como sucede frecuentemente.</p> <p>Muchas veces nos encontramos en instituciones donde la atención que nos ofrecen es pésima, desde todos sus ámbitos de la atención, a grandes rasgos nos podemos dar cuenta cuando las personas que nos atienden tienen experiencia o son inseguros del procedimientos que están haciendo, de que humor se encuentran, en fin son grandes características que podemos mencionar de lo que observamos al recibir una atención por parte del personal en salud, las cuales cuando son desfavorables no dan buena imagen al cliente.</p>
--------------------------	---

25. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.25 Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia
Autor y Año	Jesús Martín-Fernández a,  , M. Isabel del Cura-González b, Tomás Gómez-Gascón c, Eva Fernández-López a, Guadalupe Pajares-Carabajal a, Bernardo Moreno-Jiménez d,
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Martín-Fernández, J., Cura-González, M. D., Gómez-Gascón, T., Fernández-López, E., Pajares-Carabajal, G., & Moreno-Jiménez, B. (2010). Satisfacción del paciente con la relación



	con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Aten Primaria, 42(04), 196-203.
Objetivo del artículo	Describir la satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia mediante la utilización del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) y reevaluar las propiedades psicométricas de éste.
Palabras Clave	<ul style="list-style-type: none">• La satisfacción del paciente con la asistencia recibida en Atención Primaria es buena, aunque no se ha evaluado la validez de las herramientas de medida.• La satisfacción con la relación con el médico es un fenómeno complejo, multifactorial y que influye en los resultados de la atención prestada.• El Patient-Doctor Relationship Questionnaire es una herramienta de medida de la relación médico-paciente construida en un marco teórico sólido y con una consistencia interna adecuada.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La relación médico-paciente es un fenómeno evaluado desde múltiples perspectivas. La trascendencia del estudio permanente de esta relación viene dada por el hecho constatado de su influencia en los resultados de la atención sanitaria.</p> <p>La relación médico-paciente es un fenómeno complejo conformado por varios aspectos, entre los que se pueden señalar la comunicación médico-paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones y la satisfacción del paciente.</p> <p>El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. En el ámbito de la Atención Primaria (AP) se ha observado que determinados estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente y que ofrecían seguridad y apoyo se asociaban con mejores resultados en salud.</p> <p>La implicación del paciente en la toma de decisiones se ha</p>

propuesto como un estilo favorecedor de la equidad en la prestación de servicios, y en sí misma propicia unos mejores resultados para el paciente y una mejor consecución de sus expectativas. Por su parte, la satisfacción del paciente puede referirse a varios niveles, de los que señalaremos la satisfacción con la organización y la referida a su propio médico. La importancia de la satisfacción con el conjunto del equipo que atiende al paciente está demostrada, y se ha revelado como predictora de la fidelidad en la asistencia a un mismo centro de salud cuando las circunstancias permiten la elección de este. Respecto a las circunstancias relativas al médico que mejoran la satisfacción, encontramos que el paciente parece estar más satisfecho cuando este es cálido, cercano y adopta un estilo centrado en el paciente. El médico que delimita y responde a las expectativas de los pacientes proporciona una mayor satisfacción, mientras que las expectativas no resueltas son la principal causa de insatisfacción. Por otra parte, los médicos que proporcionan menos apoyo y seguridad provocan mayores cuotas de insatisfacción en general. Otras características de una buena relación médico-paciente podrían ser la confianza en el propio médico, la continuidad de la relación en el tiempo y la búsqueda de acuerdo en las prioridades.

Con frecuencia se ha estudiado la relación médico-paciente desde la perspectiva del profesional, y se ha catalogado a los pacientes con una mala relación con su médico como «pacientes difíciles». Se ha descrito en diversos estudios que estos pacientes presentan en muchos casos trastornos psicológicos, de personalidad y de somatización. Así, cuando se han desarrollado estrategias que inciden en el diagnóstico de síntomas de la esfera psíquica, mejoran los resultados de su abordaje.

Pero el estudio de la relación médico-paciente tiene especial importancia desde la perspectiva de este último, que se ha evaluado con diversos cuestionarios, pero que requiere de herramientas específicas. Van der Fitz-Cornelis y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría

	<p>psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en AP que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Así, crearon y validaron el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ), que más tarde Mingote et al adaptaron al castellano.</p> <p>La satisfacción en general, tanto con la organización como con los profesionales de AP, en nuestro medio, parece buena, aunque hasta ahora no se ha medido la satisfacción con la relación médico-paciente con herramientas específicas en AP. Este trabajo pretende evaluar la satisfacción con la relación con el médico de AP y la utilización de una herramienta específica para su medida, que no había sido probada en este entorno hasta el momento.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Se ha realizado un estudio transversal. Se solicitó la participación en una entrevista para estimar la valoración que el usuario hace del servicio recibido en AP. La evaluación del servicio tenía diferentes perspectivas, una de las cuales era la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico de familia, que se valoró con el PDRQ versión de 9 preguntas (PDRQ-9) adaptado al castellano.</p> <p>El tamaño de la muestra debía permitir, para evaluar la satisfacción, la construcción de un modelo logístico explicativo con coeficientes estables para al menos 15 variables con una ocurrencia de, al menos, 10 episodios (satisfacción alta/baja) por cada una. Para este objetivo se precisaban al menos 150 casos de “satisfacción baja” y 300 sujetos en total si la distribución de la satisfacción fuese simétrica. Para el resto de objetivos del estudio de evaluación de servicios, se precisaba otro 50% adicional de muestra, por lo que se invitó a participar en el estudio a 487 sujetos, de los que 36 (7,4%) no aceptaron. Se seleccionó a los sujetos aleatorizadamente de los listados de médicos de familia de 6 centros de salud (4 urbanos y 2 rurales), elegidos en función de su situación, en zonas con rentas medias disponibles altas o bajas de la distribución de la</p>

	Comunidad de Madrid.
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Una misma persona, ajena al sistema de salud y previamente entrenada, realizó las entrevistas en el primer trimestre de 2008. La entrevista se realizaba al terminar la consulta con el médico de familia en el propio centro de salud, pero fuera de la zona asistencial.</p> <p>La herramienta utilizada fue el PDRQ-9, en su versión en 9 preguntas, y sobre la adaptación hecha por Mingote. Cada respuesta viene contestada en una escala tipo Likert con 5 categorías: 1 (“nada apropiado”), 2 (“algo apropiado”), 3 (“apropiado”), 4 (“bastante apropiado”) y 5 (“muy apropiado”).</p> <p>Posteriormente se preguntaba una serie de características del sujeto: sociodemográficas, relacionadas con la necesidad en salud, la accesibilidad al servicio, la existencia de otros tipos de aseguramiento y la situación socioeconómica.</p> <p>Para evaluar la necesidad en salud se recogió la presencia de enfermedades crónicas (que habían requerido asistencia por más de 6 meses), la existencia o no de ingresos hospitalarios en el último año y el número de veces que se había acudido a la consulta del médico de familia en el último año. Para aproximarnos a la percepción subjetiva del estado de necesidad del paciente se utilizó el EuroQoL-5D.</p> <p>La accesibilidad al servicio se estudió mediante el tiempo necesario para obtener cita y el tiempo de espera desde la hora de cita hasta la consulta.</p> <p>Para valorar la situación socioeconómica, se preguntó por el máximo nivel de estudios completado (analfabeto, sin estudios primarios, secundarios o superiores) y por la ocupación (la clase 1 corresponde a la ocupación más cualificada y la clase v a la menos cualificada).</p>
	<p>La media de la satisfacción fue de 4,41 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 4,33–4,48) en una escala de uno (menor satisfacción) a 5 (mayor satisfacción) con una mediana de 4,78</p>

<p>Resultados</p>	<p>(rango intercuartil: 4,00–5,00). Cuatro de cada 10 sujetos expresaban la máxima satisfacción posible (efecto techo). Un único factor explicaba el 75,3% de la variancia, con un valor alfa de Cronbach de 0,952. La edad (OR: 1,03, IC del 95%: 1,02–1,05) y el vivir en zonas rurales (OR: 1,44, IC del 95%: 0,94–2,20) se asociaban con una satisfacción mayor.</p>
<p>Discusión</p>	<p>La satisfacción de los pacientes respecto a su relación con el médico de familia es muy elevada en nuestro medio cuando utilizamos un cuestionario específico para su medida, como es el PDRQ-9. Esta herramienta, aunque presenta una fiabilidad consistente en diferentes entornos, no es muy discriminativa entre pacientes con satisfacción alta. La presencia de un “efecto techo” es significativa, al menos en el ámbito del estudio. Hasta el momento, ésta es la población más grande en la que se ha probado el cuestionario y en la que se han obtenido resultados más altos de satisfacción.</p> <p>En su formato original, el cuestionario se evaluó en pacientes atendidos en AP y en otros que acudían a una consulta específica de Neurología. En ambos casos se preguntaba por la relación con el médico de familia. Van der Feltz-Cornelis et al encontraron una media de satisfacción en AP de 4,06 (DE: 0,77). Cuando la entrevista se hacía en el ámbito especializado, pero referida a la relación con el médico de familia, el índice sintético resultante tenía un valor de 3,60 (DE: 1,09). Los resultados encontrados en nuestro caso tienen un valor medio de 4,41 (DE: 0,77). La adaptación realizada por Mingote et al eligió una solución de 13 preguntas y encontró un valor medio de satisfacción de 3,62 puntos (DE: 0,74). Sin embargo, la encuesta no se realizó específicamente en AP, sino en una consulta externa de un hospital.</p> <p>No podemos evaluar si la mejor solución es la de 9 o la de 13 preguntas al haber probado solo una de ellas en su versión en castellano. La solución de 9 preguntas aporta una gran consistencia interna en su adaptación con un alfa de Cronbach de 0,95 similar al obtenido en el caso original (0,94) y al de la versión de 13 preguntas (0,96)²¹. El análisis factorial apunta de manera consistente a un solo factor, que explica la variancia</p>

en un altísimo porcentaje (75,3%).

Encontramos diferencias entre la capacidad discriminativa que presenta el cuestionario respecto a lo expuesto en trabajos anteriores. En el primer estudio, la media de puntuación en las respuestas elegidas oscilaba entre 2,56 y 4,04. En el trabajo con el PDRQ versión de 13 preguntas se obtienen medias entre 3,99 y 4,48 para los ítems finalmente incluidos, mientras que en nuestro caso las medias son siempre superiores a 4,32. La presencia del llamado “efecto techo” parece bastante clara. Van der Feliz-Cornelis et al corroboraron que los resultados sobre satisfacción eran peores cuando se preguntaba en la consulta especializada que cuando se hacía en AP. Los autores explicaban el posible sesgo de la segunda muestra, que puede incluir sujetos con fracasos en el diagnóstico o el tratamiento en AP, y también la circunstancia de que la satisfacción con la relación puede declinar a cotas más realistas al interrogar al sujeto un tiempo después de recibir la atención sanitaria y en un lugar diferente. El estudio de Mingote et al también recoge los datos mediante entrevista, pero se desarrolla en un entorno donde los contactos son más esporádicos en el tiempo, pueden limitarse a aspectos concretos de la salud y nunca pueden producirse a demanda del paciente. Se conoce que la continuidad de la atención y la accesibilidad son 2 de los atributos que más contribuyen a la satisfacción con los médicos de familia, y no son características definitorias del medio donde se llevó a cabo el estudio. Estas diferencias pueden hacer que antes no se hubiese llegado a detectar ese “efecto techo”.

Por otra parte, los resultados obtenidos en este caso, a pesar de este posible “efecto techo”, no son diferentes de los encontrados en las encuestas sobre satisfacción general en nuestro medio, que no se realizan con cuestionarios validados. Así, en la última encuesta sobre satisfacción en la Comunidad de Madrid, el 94% de los pacientes consideraba que su médico de AP era eficaz y resolvía bien sus problemas de salud, el 91% manifestaba que su médico le dedicaba todo el tiempo necesario y el 92% de los entrevistados respondió que su



	<p>médico de AP le explicaba todo lo que quería saber sobre su salud.</p> <p>Respecto a las características asociadas con una mayor satisfacción con la relación médico-paciente, tampoco eran diferentes de lo referido para la satisfacción en general. En el análisis univariante, la edad, el ámbito rural del centro, la presencia de enfermedades crónicas, el poseer sólo estudios primarios y una renta menor parecían relacionarse con una mejor satisfacción con la relación médico-paciente. Pero hay cierta correlación entre las variables y, finalmente, sólo la edad y el vivir en una zona rural se asociaban con el hecho de tener una mayor satisfacción en la relación con el médico.</p>
Análisis Personal	<p>En conclusión, podemos decir que los usuarios de AP están bastante satisfechos con la relación con el médico de familia, medida con el PDRQ-9, pero que la herramienta disponible para la medida de esta variable, aunque tiene una alta consistencia interna, presenta problemas de discriminación en la parte alta de la escala.</p> <p>Por otra parte, sólo la edad y el ámbito rural se asocian en alguna medida con la satisfacción percibida por el paciente con la relación con su médico de familia, estos factores están íntimamente relacionados y lograron demostrar en esta investigación y están determinados por el grado de familiaridad que logra con el medico y la edad y la idiosincrasia de las personas que viven en zonas rurales hacen que se de un mayor grado de confianza a demás casi los médicos podrían manejar un servicio mas personalizado.</p> <p>Otros aspectos importantes que se discutieron con los entrevistados fue la continuidad y la cobertura en la prestación de los diferentes servicios, dando como resultado que obtener servicios de manera permanente y que atienda a un mayor número de personas genera confianza entre los usuarios de los diferentes servicios.</p>

26. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.26 Estudio de satisfacción de los pacientes de la unidad de corta estancia quirúrgica: el caso del Hospital San Agustín de Aviles
Autor y Año	José Luis García Fernández Sociólogo y Jefe de Sección del Área de Admisión. Hospital San Agustín, de Avilés (Asturias) Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) AÑO 2010
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Fernández, J. L. G. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA QUIRÚRGICA: EL CASO DEL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE AVILES (2010).
Objetivo del artículo	Conocer el grado de satisfacción de los pacientes que a lo largo del año 2010 habían sido tratados y dados de alta en la Unidad de Cirugía de Corta Estancia
Palabras Clave	<ul style="list-style-type: none"> • atención médica • calidad • Estancia Quirúrgica • asistencia sanitaria
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El presente estudio hay que encuadrarlo dentro de un plan de calidad que, desde una institución pública del ámbito sanitario, incluye al paciente como un agente activo en la necesidad de mejorar los servicios ofrecidos por el Hospital. Este trabajo profundiza en una visión más sociológica a los ya clásicos estudios de satisfacción al uso. Desde una perspectiva inicial del modelo de comunicación de Habermas, se van recorriendo los diferentes pasos dados por los pacientes atendidos en la Unidad, apoyándonos en la teoría de la interacción simbólica de Goffman. Se trata de analizar el espacio donde se interactúa, el sistema afectivo, las conductas y atribuciones.</p> <p>Es un intento de ahondar en el conocimiento de la satisfacción del paciente con los instrumentos, y el soporte teórico de la disciplina sociológica, en un campo que en múltiples ocasiones es desarrollado por profesionales con diferentes miradas. Hay que contemplarlo como un primer acercamiento a este tipo de estudios, intentando superar el fetichismo del dato y adentrándose en los supuestos teóricos explicativos de las</p>

	observaciones realizadas.
Muestra	Un total de 475 personas conformaron el universo, para lo cual se optó por la realización de una encuesta, mediante cuestionario estructurado, semicerrado y codificado. El tamaño muestral comprendió un total de 216 entrevistas telefónicas válidas, mediante un muestreo aleatorio simple, polietápico con afijación proporcional por Servicios, con reemplazo ¹ . El trabajo de campo se realizó en los meses de mayo y junio del año 2011 mediante entrevistadores del propio hospital, con experiencia en anteriores estudios.
Intervención y proceso medición	<p>Partiendo de la conceptualización del término calidad como la capacidad que puede tener la organización o acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud (Varo, 1993: 37), es necesario traducirla a la práctica. Donabedian (1984) explicó que la calidad asistencial se puede agrupar en tres grandes categorías: nivel científico-técnico, relación interpersonal y el entorno. Éstas conforman simultáneamente la aproximación a la identificación propuesta en el estudio del concepto de calidad. Si bien la primera categoría está fuera del alcance del mismo dado que hay otros métodos para analizar el nivel científicotécnico de la calidad asistencial en la Unidad de Corta Estancia Quirúrgica; en cambio,</p> <p>los otros dos componentes sí fueron dimensionados para su valoración como control o garantía de la calidad asistencial de dicha Unidad. La primera categoría a indagar es la relación interpersonal entre el personal que trabaja en el Hospital San Agustín, y más concretamente en la Unidad de Corta Estancia Quirúrgica, y los pacientes que han pasado por ella a lo largo del año 2010 y han sido dados de alta en la misma.</p> <p>La segunda categoría, el entorno, se analizó el espacio como resultante de la interacción que tiene su valor como señal informativa para aquellos que participan en la relación, y al mismo tiempo, como señal comunicativa sobre la relación misma puesto que el paciente, antes de ingresar, ya tiene una idea de lo que espera encontrarse. Máxime cuando la mayoría, por no decir la totalidad de los pacientes, ya han tenido otras experiencias en el ámbito sanitario y más concretamente en el</p>



	<p>propio hospital. Esto implica una experiencia definida en términos de discrepancia entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y comportamiento del servicio dado. Y aquí entramos en el terreno de la subjetividad dado que estas comparaciones están subordinadas a múltiples factores que van desde las experiencias previas, que servirán para poder comparar, a las posibilidades creadas por parte del paciente; además de las informaciones recibidas por otros pacientes que han pasado por una experiencia parecida (y por supuesto, la información aportada por la propia institución). Todo ello condiciona la generación de unas confianzas muy personales, lo que implica que el grado de satisfacción no será el mismo para cada paciente. ¿Invalida dicha subjetividad el carácter objetivo del control o garantía de la calidad? O dicho con otra pregunta: ¿tienen suficiente capacidad los y las pacientes para saber valorar la calidad del servicio sanitario? Si el objetivo final de la Institución, en nuestro caso el Hospital San Agustín, es dar una calidad total entendiendo por tal la de satisfacer las necesidades del paciente, es necesario diferenciar entre la satisfacción del usuario/a (paciente) y la satisfacción de sus necesidades. Es decir, no se puede satisfacer a estos sino se satisfacen adecuadamente sus necesidades. Por lo que conocer la opinión de los mismos sobre el servicio recibido en la Unidad de Corta Estancia Quirúrgica es obligado para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del Hospital. Su satisfacción y el resultado de la asistencia sanitaria deben de ser el objetivo, formando parte activa de la dimensión total de la calidad. Por lo tanto, la gestión de la misma debe de tender a garantizar la condición de servicio global, lo que incluye tener en cuenta las necesidades de las personas usuarias, y la pretensión de satisfacerlas en el mayor grado posible.</p>
Resultados	<p>En la investigación realizada en el Hospital San Agustín de Avilés se contempló el análisis de las relaciones comunicativas en la primera parte del cuestionario.</p> <p>Siguiendo el modelo de la comunicación de Habermas (1980) se observó que fallan las comunicaciones primarias, basadas en la plena comunicación intersubjetiva, cuando éstas deberían</p>

	<p>de ser las principales e introductoras del resto de comunicaciones.</p> <p>Cuando una persona se decide a dar el paso de operarse, ser intervenido quirúrgicamente, se interpreta que ha sido sometido a una serie de procesos diagnósticos que apoyan la toma de decisión. Y entre medias de todo el proceso, está la comunicación profesional, y afectiva, entre el profesional facultativo y los pacientes. Pues bien, un 62% de los pacientes reconocen no saber el nombre del médico/a que los operó. El dato es bastante elocuente, pero aún es más significativo cuando un 92% de estos manifiestan que no recuerdan el nombre de ninguno de los profesionales sanitarios que les atendieron durante su estancia en la UCEQ (enfermería principalmente).</p> <p>De hecho en las declaraciones aportadas al cuestionario, un 13% de los pacientes manifestaron la soledad como algo que recuerdan de su paso por el hospital, “se esta muy solo”. Esa soledad se refleja no solamente en las relaciones interpersonales, sino también en sus sustitutos como es la televisión. Parece que el modelo comunicativo de dominación profesional es el predominante en la actual coyuntura.</p> <p>La situación cambia en las formas comunicativas secundarias (impersonales y tipificadas) y terciarias (comunicación estratégica, puramente informativa performativa). Un 98% de los/las pacientes han sido informados de la intervención quirúrgica a la que van a ser sometidos, valorando ésta como muy buena por un 39 %, y buena por el 55%. Por lo tanto la comunicación tipificada e informativa sí es efectiva, pues están por encima del 90% de valoraciones positivas por parte de los usuarios. Lo que nos induce a reforzar que en el modelo de comunicación en la relación médico paciente continúa teniendo vigencia la visión de la dominación profesional. Médico y paciente son dos extraños, dos juegos lingüísticos que no sólo se presentan como distintos, sino que son esperados como divergentes, y normativa y simbólicamente legitimados como tales. La regla áurea del código simbólico de la comunicación de hoy requiere que el individuo sea y se auto realice por distinción (Donati, 1994: 61).</p>
	<p>Al final, como conclusión, lo que nos indican todos estos porcentajes, esos comentarios, es la construcción social de la realidad. Ésta es compleja, y por lo tanto, es necesario emplear</p>



Discusión	<p>metodologías capaces de penetrar en esa primera capa que nos presenta la cotidianidad de los hechos como algo imparcial y único. Con ello me estoy refiriendo a las miradas que aún persisten cuando se trata de analizar esa complejidad que nos viene disfrazada con las viejas ropas de la formalidad. Prácticas que vinculan normas y categorías de percepciones determinadas, ejercidas en nombre de valores que permiten dotar a los poderes institucionales de una legitimidad racional (Álvarez Uría y Varela, 1989: 57). Al plantear el cuestionario a los profesionales sanitarios, una de las polémicas más recalcitrantes era la inclusión de la pregunta que hacía referencia a las valoraciones sobre su profesionalidad. El supuesto que argumentaban para no incluir esta pregunta era la imposibilidad de que un paciente, que no era personal sanitario y por lo tanto un profesional de esa actividad, pudiera hacer una valoración objetiva de su quehacer profesional. Subyacentemente estaba el debate del objetivismo y subjetivismo, que se manifestaba en esas dudas permanentes. Debate artificial en las ciencias sociales, puesto que son dos modos de conocimiento necesarios de atesorar.</p> <p>Para superar el antagonismo que opone estos dos modos de conocimiento, conservando sin embargo los logros de cada uno, es necesario explicitar los presupuestos que comparten en tanto que modos de conocimiento teórico, igualmente opuestos al modo de conocimiento práctico que está en el origen de la experiencia ordinaria del mundo social (Bourdieu, 2007: 44). De hecho, esa realidad social que superponen en este caso los profesionales sanitarios con su concepción del objetivismo, también es un objeto de percepción. La ciencia social toma por objeto esa realidad y a la vez la percepción de esta realidad, las perspectivas, los puntos de vista, que en función de su posición social forman parte de la realidad social. También el objetivismo construye lo social, y es contemplado como un espectáculo que se ofrece al observador.</p>
Análisis Personal	<p>El sentido humanista de un hospital debe prevalecer por encima de los conceptos científicos y económicos y es aquí donde se ha iniciado el divorcio entre pacientes y hospitales, donde las personas son tomadas como mercancía o como una estadística mas, pero cuando nos detenemos de manera conciente y le damos a las personas el interés debido se presenta un cambio de manera inmediata.</p>

	En el estudio realizado se pudo encontrar que las estancias en los hospitales y de manera específica en cortas estancias quirúrgicas los pacientes manifestaron sentirse solos y no haber logrado generar un ambiente de confianza con los médicos o profesionales de la salud, pero en aquellos casos donde si se logro generar una empatía entre medico paciente las estancias fueron más placenteras y la satisfacción mucho mayor.
--	--

27. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.27 Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia
Autor y Año	Gustavo A. Cabrera-Arana, León D. Bello-Parías y Jaime L. Londoño-Pimienta Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.gcabrera@guajiros.udea.edu.co, teoriasmamodelos@hotmail.com Aceptado 28 Agosto 2008
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cabrera-Arana, G., Bello-Parías, L., & Londoño-Pimienta, J. (2008). Calidad Percibida por usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Rev salud pública, 10(4), 593-604.
Objetivo del artículo	Establecer una línea base de la calidad percibida por usuarios de hospitales objeto de intervención del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud de Colombia.
Palabras Clave	Percepción, calidad de atención en salud, hospitales
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	La República de Colombia suscribió en el año 2004 un contrato de cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo para ejecutar un Programa orientado a reorganizar, rediseñar y modernizar las redes prestadoras de servicios de salud del país. El Programa apoya la transformación de los hospitales, Instituciones Prestadoras de



planteamiento problema)	<p>Servicios-IPS, de naturaleza pública, para mejorar su gestión y calidad (1). Como parte del seguimiento a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud dicho Programa busca, además, implementar un sistema evaluativo de la calidad de los servicios prestados por estas IPS (2).</p> <p>En este marco el Ministerio de la Protección Social de Colombia contrató el diseño e implementación de una metodología para evaluar el impacto del citado Programa en la calidad de los servicios según la percepción de los usuarios de las IPS intervenidas, comparando una línea base 2006 frente a dos mediciones, una intermedia de 2008 y una final de 2010 (3). Ante la inexistencia en el país de un instrumental confiable y válido para medir dicha percepción (4), se validó el instrumento denominado PECASUSS, acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud, en un proceso comunicado previamente (5). Este artículo reseña la metodología y los resultados de la medición de línea de base 2006.</p>
Muestra	<p>Se uso como referente para el estudio el modelo de evaluación de programas e intervenciones de salud pública propuesto por Habicht, Victora y Vaughan (6). Análisis técnicos de la gestión y la calidad de las redes de prestadores de servicios, adelantados en el 2004 determinaron que las IPS elegibles para el Programa eran 301. Estas instituciones se distribuían en 25 departamentos del país; por niveles de complejidad de atención este marco tenía 220 (73 %) hospitales del nivel I, 72 (24 %) del nivel II y 9 (3 %) del nivel III.</p> <p>Según muestra estimada con Epidat 3.0, con un error esperado menor a 5 % y teniendo en cuenta representatividad por nivel de complejidad, servicios ofertados y demanda registrada, las IPS finalmente seleccionadas para la línea de base fueron 48: 34 (71 %) nivel I, 11 (23 %) nivel II y 3 (6 %) nivel III, localizadas en 17 de los 25 Departamentos del marco muestral (3).</p>
Intervención y proceso	<p>La prueba piloto del PECASUSS (5) indicó que al menos 70 % de usuarios estaban satisfechos o muy satisfechos; se calculó que con mínimo 320 usuarios habría un error menor al 5 %. Para identificar el impacto del Programa en la calidad percibida según la dirección y magnitud de las diferencias significativas entre la línea de base 2006 y las mediciones en 2008 y 2010, en un intervalo del 95 % de confianza y una potencia de prueba del 90 %, el análisis de factores del diseño (objetivos, resultados, recursos) señaló que con 43 usuarios por IPS se tendrían las inferencias requeridas (3).</p> <p>Para definir la muestra de informantes se usó el Epi-Info. Según el error estándar, la proporción mínima de usuarios satisfechos (0,7) y</p>



medición	una confianza del 95 %, se tendrían errores aceptables con 3 600 a 4 095 encuestados. La representatividad por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, naturaleza del servicio y producción de las IPS se usaron para llegar a usuarios de cualquier edad, sexo, condición social, procedencia y afiliación al SGSSS que en agosto de 2006 recibieron servicios electivos (consulta médica general, especializada u hospitalización) o de urgencias en las IPS, que voluntariamente y con información suficiente aceptaron participar al momento de su egreso del hospital (3).
Resultados	<p>La percepción de calidad de servicios recibidos por los usuarios encuestados, según los reactivos del PECASUSS (5), reveló los siguientes hallazgos. La percepción de la espera para ser atendidos varió de 0 a 360 minutos, con mediana 30 y media de 55,3 (DE: 64,6). Un grupo de 1 017 (25,3 %) usuarios dijo haber esperado menos de 10 minutos; 1 306 (32,5 %) esperó de 11 a 30; 705 (17,5 %) de 31 a 60; 533 (13,2 %) de 61 a 120; 288 (7,2 %) de 121 a 180 y, 171 (4,3 %) esperaron más de 181 minutos, 3 horas. Estos tiempos de espera se percibieron como muy cortos por 354 (8,8 %) usuarios; como corto por 1 397 (34,7 %); ni corto ni largo por 949 (23,6 %); largo por 723 (18,0 %) y, como muy largo, por los 598 (14,9 %) restantes.</p> <p>En cuanto al trámite efectuado para la atención, 146 (3,6 %) lo percibieron como muy sencillo; 2 381 (59,2 %) sencillo; 732 (18,2 %) ni sencillo ni complicado; 563 (14 %) complicado y, 199 (4,9 %) muy complicado. Un subgrupo de 1 715 (42,7 %) de los 4 021 participantes en la medición tuvieron que realizar copagos o pagos moderadores para ser atendidos; a 105 (2,6 %) les pareció muy barato, a 921 (22,9 %) barato, a 531 (13,2 %) ni barato ni caro; a 127 (3,2 %) caro y solo a 31 (0,8 %) les pareció muy caro.</p> <p>Respecto del estado de la planta física 202 (4,9 %) usuarios lo percibieron como muy cuidado; 2 386 (59,4 %) como cuidado; 917 (22,8 %) como ni cuidado ni descuidado; para 441 (11 %) estaba descuidado y a 75 (1,9 %) les pareció muy descuidado. La percepción de los elementos de uso común en salas de espera y habitaciones fue percibida por 122 (3,0 %) usuarios como muy cómodos; 2 479 (61,7 %) dijeron que eran cómodos; 876 (21,8 %) ni incómodos ni cómodos; 462 (11,5 %) incómodos y los 82 (2 %) restantes los señalaron como muy incómodos. El aseo de las IPS es muy bueno para 347 (8,6 %) informantes; bueno para 2 536 (63,1 %); ni bueno ni malo para 846 (21 %); malo para 246 (6,1 %) y muy malo para 46 (1,1 %).</p>

	<p>Frente a la atención recibida, 290 (7,2 %) usuarios dijeron estar muy satisfechos; 2 880 (71,6 %) satisfechos; 649 (16,1 %) ni satisfechos ni insatisfechos; 133 (3,4 %) insatisfechos y los 69 (1,7 %) restantes dijeron estar muy insatisfechos. Los usuarios calificaron la calidad del servicio recibido, en una escala de 0,0 a 5,0, con un promedio de 3,98 (DE 0,8). Un grupo de 1 014 (25,2 %) asignaron cinco; 1 978 (49,3) dieron puntajes de cuatro a cuatro nueve; 846 (21 %) de tres a tres nueve; 128 (3,2 %) de dos a dos nueve; 42 (1 %) de uno a uno nueve y los 13 (0,3 %) restantes calificaron este aspecto con valores de cero a cero nueve.</p> <p>Un subgrupo mayoritario de 3 904 (97 %) de los 4 021 participantes expresó su motivación, su adherencia para volver a demandar servicios en la IPS en que fueron atendidos; los 117 (3 %) restantes expresaron no tener la más mínima intención de volver. Entre los usuarios que afirmaron motivación para volver, 1 937 (48 %), señalaron la buena atención, diferentes expresiones del buen servicio, como la razón de esta. Otros 885 (22 %) refirieron motivación a volver por la necesidad de atender su situación personal de salud o de enfermedad mediante consulta general, de urgencias o controles y tratamiento de una patología o situación crónica. Para otros 669 (17 %) usuarios la razón de la adherencia a la IPS es la inexistencia de otra opción para atención en salud, bien porque es la única IPS pública en la municipalidad o la única a la que se tiene acceso geográfico, económico o administrativo. En porcentajes menores y decrecientes otros refieren como razón de adherencia la evidente mejora del servicio de la institución; la tradición familiar de demandar atención en esa institución o considerar que es la IPS de personas pobres o en condición asumida de marginalidad social.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En el ámbito de los servicios de salud en Colombia, varias líneas de base y evaluaciones de impacto de programas e intervenciones con referencia a la calidad han sido socializadas. Según el material consultado, los referenciales metodológicos de estos ejercicios han tenido limitados procesos de diseminación y, menos aún, de discusión académica, en particular del desarrollo, adaptación y validación de instrumentos para medir calidad de servicios percibida por los usuarios (14-18). El Departamento Nacional de Planeación-DNP realizó a finales de los 90 del siglo pasado un análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del SGSSS en Colombia (14). Con un alcance apenas institucional, Briceño divulgó un modelo para evaluar la calidad de los servicios de salud en una IPS</p>



	<p>de alta complejidad, en “satisfacción del usuario” según una muestra de 306 usuarios (15). Ambos trabajos tuvieron poca utilidad al diseñar la metodología y discutir la línea de base aquí reportada, por el propósito que tenían, como por la falta o la insuficiente comunicación del proceso de construcción y validación de los instrumentos utilizados.</p> <p>En calidad se midieron, por un lado, cambios presentados en algunos indicadores de calidad técnica de las IPS y, por el otro, la satisfacción mediante encuestas. Es pertinente señalar a este respecto que el reporte menciona únicamente el rediseño y simplificación de los instrumentos utilizados para la primera recolección, sin referirse a un proceso de validación. La percepción de la calidad de servicios fue mayoritariamente calificada como buena sin obtenerse una calificación numérica; el mayor porcentaje de población satisfecha era subsidiada (18). Respecto de esta última experiencia relatada y las otras experiencias previamente discutidas se insiste en la limitada discriminación y alcance interpretativo de una calificación como la reportada de tres opciones de respuesta para valorar la calidad percibida como buena, regular o mala. Y, segundo, en el uso indiferenciado que se hizo en este reporte, así como es frecuente en los otros, de los vocablos satisfacción -con los servicios recibidos- y, percepción -de la calidad de los mismos- como si fuesen sinónimos o equivalentes</p>
Análisis Personal	<p>Dentro de la realización del presente trabajo, se observaron diferentes oportunidades de mejora, oportunidades que repercuten de manera directa en el propósito de mejorar la percepción del cliente frente a la calidad del servicio prestado. Es importante manejar buena información entre hospital – paciente y este debe manejarse no solamente con los médicos , sino con cualquier empleado con el que el cliente interactue, teniendo en cuenta que la falta de información precisa y verídica puede convertir situaciones de percepción de calidad negativa en verdaderas fallas en la calidad del servicio prestado</p> <p>No solamente se percibe la calidad en la prestación de servicios sino que se ve en la parte física de la entidad.</p>

28. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.28 Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud
Autor y Año	Autores: Iouri Gorbanev ¹ , Ariel Cortes, Sergio Torres y Francisco Yepes Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	scielosp.org
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gorbanev, I., Cortes, A., Torres, S., & Yepes, F. (2011). Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. Revista Salud Pública, 13(5), 727-736.
Objetivo del artículo	Describir el alcance y las formas de uso de Pago por Desempeño en la cadena de salud Colombiana
Palabras Clave	Organización, administración, motivación, sistemas de salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	La lectura reporta los resultados del estudio sobre el uso del Pago por desempeño en la cadena de salud colombiana. El Pago por desempeño despierta cierto entusiasmo porque teóricamente permite alinear el esfuerzo del Proveedor con los objetivos de la Aseguradora y lograr el alto desempeño de la cadena de salud. A pesar de su intuitivo atractivo, no es fácil implantar el Pago por desempeño para alinear los intereses de la Aseguradora y Prestadora. En un primer momento, no existe la claridad conceptual. Surgen dudas y discusiones acerca de cómo se entiende el desempeño. Es un concepto amplio que incluye tanto la calidad como la eficiencia. El uso común del término Pago por desempeño abarca estos dos ámbitos con el énfasis en la calidad.
Muestra	Durante 2009 se elaboró un cuestionario que contenía preguntas diseñadas con base en las variables encontradas en la literatura sobre el Pago por Desempeño en la cadena de salud Colombiana, un glosario de conceptos utilizados y el

	<p>compromiso ético de los investigadores. En un primer momento, se preguntaba si la aseguradora utilizaba Pago por Desempeño en la cadena de salud Colombiana en algún nivel de atención (ambulatorio u hospitalario). Si la respuesta era positiva,</p> <p>se preguntaba sobre los servicios contratados bajo el esquema de Pago por Desempeño en la cadena de salud Colombiana, y formas de pago (por evento, por paquete, per cápita); sobre los motivos de uso de Desempeño en la cadena de salud Colombiana (calidad, eficiencia, imagen y posicionamiento); sobre la forma de pago del incentivo (bonificación variable, bonificación fija, sanción, aumento del volumen de compra); sobre qué cantidad de servicios (en dinero) estaba contratada bajo el esquema de Desempeño en la cadena de salud Colombiana; qué porcentaje del pago habitual constituía el incentivo; el tipo de indicadores que se usaban para constatar el cumplimiento de objetivos (resultado, proceso, estructura); el mecanismo que se usaba para constatar el logro de objetivos.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La prueba de fiabilidad del instrumento realizada con SPSS, arrojó un alfa de 0,899. Durante 2009-2010 fueron contactadas por correo y telefónicamente 17 EPS del régimen Contributivo, a las cuales respondieron 5, y 8 EPS del régimen subsidiado, a las cuales 3 aceptaron participar en el estudio. También se hicieron entrevistas en las Secretarías de Salud de Bogotá y Cundinamarca que manejan el régimen de las personas vinculadas. Los investigadores fueron recibidos por los gerentes, directores médicos o jefes de contratación quienes contestaron la encuesta durante la entrevista. Los investigadores aprovecharon la entrevista para profundizar en el tema. En un caso la encuesta fue contestada sin presencia de investigadores. Todos los formularios se encontraron validos. Los formularios fueron tabulados y la base de datos que fue procesada con métodos de estadística descriptiva.</p>
	<p>De 8 EPS, 5 usan Pago por Desempeño. Todas las 5 pertenecen al Régimen Contributivo. Todas las 3 que no usan Pago por Desempeño, pertenecen al Régimen Subsidiado.</p>



Resultados	<p>Las Secretarías de Salud de Bogotá y Cundinamarca que manejan el régimen de las personas vinculadas, no usan Pago por Desempeño. Se identificaron tres motivos básicos de uso de Pago por Desempeño y las combinaciones De los mismos que se indican. El Pago por Desempeño se aplica solo en los servicios ambulatorios, es decir, para contratar los servicios relativamente baratos que no pesan más de 20 % en la facturación Total de las Aseguradoras. Más aun: la mayoría de las Aseguradoras utiliza Pago por Desempeño solo en Promoción y revención (PyP). El tamaño de incentivo como proporción del pago habitual por cierto servicio típicamente es de 5 % y nunca supera 15 %. Para evaluar el desempeño de las Prestadoras, dos Aseguradoras utilizan la combinación de Proceso, Estructura y Resultado, una, solo el Proceso y tres, solo el Resultado. La mayoría de los incentivos apuntan a los procesos de atención, y solo excepcionalmente, a los resultados en salud de la población (por ejemplo, la satisfacción del usuario). La comprobación del desempeño de las Prestadoras se hace individualmente y nunca se utiliza el torneo, o la comparación de desempeño de varias prestadoras.</p>
Discusión	<p>Pago por Desempeño en Colombia se usa exclusivamente por Aseguradoras del régimen contributivo, solo en el nivel ambulatorio y básicamente en PyP. Es un resultado inesperado porque va en contra de la práctica internacional. Los resultados sugieren que el nivel ambulatorio es un territorio atractivo para experimentar con Pago por Desempeño porque es la puerta de entrada al sistema, cuyo control es fundamental para controlar los costos totales. Especialmente atractivo es prevención y promoción porque en esta área no se necesita diseñar los objetivos ni indicadores de desempeño que están pre establecidos por Min. Protección social.</p>
	<p>La salud en Colombia se convierte en una política pública de Estado, en la cual participan varios elementos entre ellos la financiación, y la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Debe entonces existir una estrecha relación entre los actores</p>

Análisis Personal	<p>del sistema y la sostenibilidad y viabilidad del sistema de salud.</p> <p>La cobertura universal en salud debe ir relacionada con los principios de solidaridad y eficiencia. Una de las características del sistema general de seguridad social en salud en nuestro país es el flujo de los recursos financieros, el cual para el sistema colombiano es definido como un sistema mixto, ya que el financiamiento de este se realiza con aportes estatales y los aportes de los empleados y trabajadores independientes con capacidad de pago.</p> <p>El pago por desempeño se usa por las Aseguradoras del régimen contributivo en el nivel ambulatorio, básicamente en Promoción y Prevención. El pago por desempeño no se usa en el nivel hospitalario. Las Aseguradoras subsidiadas no utilizan pago por desempeño. De igual manera, el pago por desempeño no se usa en el caso de los llamados vinculados.</p> <p>Los resultados hacen pensar que una de las causas del no uso de pago por desempeño en el nivel hospitalario radica en la incapacidad de las Aseguradoras de estandarizar la práctica médica. El intento de reducir la variabilidad de la práctica médica no va más allá de implantar guías médicas lo que no cambia la situación: cada usuario sigue siendo un caso especial, y cada hospital lo es con más razón. Es un obstáculo difícil de superar incluso para los entusiastas de pago por desempeño.</p>
--------------------------	---

29. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.29 La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud
Autor y Año	Serrano-del-Rosal, R., & Ranchal-Romero, J. (2010)
Ubicación del artículo (base datos)	http://scielo.isciii.es
Citación	Serrano-del-Rosal, R., & Ranchal-Romero, J. (2010). La importancia



Bibliográfica del artículo en Vancouver)	e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index de Enfermería, 19(1), 9-13.
Objetivo del artículo	El objetivo de este artículo centrado en el ámbito asistencial de atención primaria es conocer la satisfacción de los usuarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con los profesionales de enfermería, y comprobar cómo contribuyen estos profesionales a la formación de la variabilidad de la satisfacción global con el servicio sanitario prestado en Andalucía.
Palabras Clave	Enfermeras, Atención primaria, Satisfacción de los usuarios.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Una parte fundamental de las políticas sanitarias en las sociedades occidentales contemporáneas es el proceso de evaluación de las acciones sociales llevadas a cabo, a partir del cual se pueda mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los ciudadanos.</p> <p>Para el seguimiento y evaluación de los servicios sanitarios se ha introducido como estrategia la recogida sistemática y el análisis de la opinión de los propios usuarios, fundamentalmente por considerarse que éstos pueden aportar información de primera mano sobre muchos aspectos de los servicios sanitarios que es difícil conocer de otra forma, y sobre la calidad percibida de los mismos, entendida como la percepción subjetiva que éstos tienen sobre el servicio prestado. Esta estrategia de gestión de los servicios públicos implica una concepción de los ciudadanos como parte activa y central tanto en la definición, como implementación y evaluación de las políticas públicas.</p> <p>Bajo este enfoque, el análisis de la satisfacción del usuario es de gran importancia para el conocimiento y gestión de estos servicios, básicamente por la estrecha y confirmada relación existente entre la calidad y la satisfacción con las prestaciones ofrecidas. El instrumento más utilizado para determinar cuál es la satisfacción con un servicio es la encuesta a usuarios, que permite recoger y sistematizar las opiniones de éstos. Mediante este instrumento, se logra que el individuo realice una valoración de todas las características contempladas del servicio sanitario y, en función de sus necesidades y expectativas, les de un valor. El conocimiento de dichas opiniones sería la base empírica para una gestión que tenga por objetivo ofrecer un servicio de mayor calidad.</p> <p>Cabe señalar que cuando los individuos expresan su satisfacción con un servicio, son capaces de distinguir varias dimensiones del mismo, y evaluarlas separadamente en términos de cuál es su</p>

	<p>satisfacción en cada una de estas dimensiones. Es importante destacar que no todos los aspectos se valoran igualmente por lo que, una vez conocida la satisfacción en cada uno de ellos, puede determinarse cómo contribuyen a la configuración de la satisfacción global con el servicio recibido. En la evaluación de los servicios sanitarios públicos, un elemento fundamental a tener en cuenta es la valoración de sus profesionales, tanto desde el punto de vista técnico, como a nivel relacional y trato con el usuario.</p>
<p>Muestra</p>	<p>El muestreo es estratificado por conglomerados (siendo cada conglomerado un centro de salud), con submuestreo aleatorio sistemático de personas dentro de cada conglomerado, cubriendo cuotas de sexo y edad. Para conseguir estos objetivos, se ha calculado en primer lugar el número de visitas diarias de cada centro, a partir de los datos de población de referencia por edad y sexo proporcionados por el SAS y los resultados obtenidos sobre frecuentación de los ciudadanos andaluces a los servicios de Atención Primaria según el Barómetro Sanitario del año 2007. El tamaño de la muestra total en el año 2008 ha sido de 23.373 entrevistas.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>La metodología del estudio tiene tres etapas para conseguir analizar la relación existente entre las distintas dimensiones del servicio y la satisfacción global en Atención Primaria.</p> <p>1a Etapa: Formación de variable dependiente. El cuestionario del estudio contiene tres preguntas de satisfacción general, que recogen información sobre el nivel de satisfacción con el servicio recibido, confianza con los profesionales y la fidelización al centro sanitario. Estas tres preguntas se han introducido de forma intencional en diferentes posiciones en el cuestionario (una al principio, otra hacia la mitad del cuestionario y otra próxima a su finalización) con objeto de solventar los problemas de posición y sesgos de los que se había dado cuenta en estudios similares. Estas preguntas son las siguientes: P2 ¿Cómo se encuentra usted de satisfecho/a con el servicio que recibe en este centro?, P20 ¿Qué grado de confianza tiene usted en la asistencia que le prestan en este centro? y P54 ¿Recomendaría usted a un familiar o amigo este centro?</p> <p>2a Etapa: Selección de las variables independientes. Una vez creada la variable de satisfacción global interesa conocer cómo ésta se relaciona con cada uno de los diferentes indicadores de satisfacción del estudio (el valor 1 para "satisfechos" y el valor 0 para "insatisfechos"). El porcentaje de insatisfechos con un aspecto está formado por las respuestas en las categorías muy insatisfecho,</p>

	<p>insatisfecho y ni satisfecho ni insatisfecho, y el porcentaje de satisfechos está formado por las respuestas en las categorías satisfecho y muy satisfecho (en una escala de tipo Lickert de 1 a 5). Se excluyen a todas las personas que contestan no sabe o no contesta, y en su caso, no procede.</p> <p>3a Etapa: Análisis de la relación existente. Una vez definida la variable dependiente "satisfacción global en Atención Primaria" y las variables independientes (Instalaciones, Organización, Acto Médico y Otros profesionales), se realiza una regresión lineal, que nos cree un modelo que permita determinar la proporción de variabilidad de la variable dependiente que explican las variables independientes.</p>
<p>Resultados</p>	<p>De los resultados obtenidos en el análisis realizado para este trabajo se interpreta que el 40% de la variabilidad de la satisfacción global con la Atención Primaria en el año 2008 está explicada por los aspectos organizativos, las instalaciones, el acto médico y otros profesionales.</p> <p>La dimensión que más contribuye a la formación de la satisfacción es la referida al acto médico, con un 35,2% de importancia, seguida muy de cerca del sistema organizativo con un 34,9%, los otros profesionales con un 17,5% y el estado de las instalaciones con un 12,5%. Esto significa que, ceteris paribus, si algo negativo ocurre en lo que concierne al acto médico y a las cuestiones de organización, probablemente causará mayor insatisfacción entre los pacientes que en las otras dos dimensiones.</p> <p>Por otro lado, se comprueba que los usuarios de los servicios sanitarios públicos de Andalucía valoran, a los diferentes profesionales del SAS, con niveles de satisfacción por encima del 85%. Se aprecian particularidades según el tipo de profesional, siendo los mejores valorados los enfermeros y obteniendo el nivel más bajo los auxiliares administrativos.</p> <p>La valoración de los enfermeros es la puntuación más alta de satisfacción siendo su nivel de importancia relativa con respecto a la conformación de su satisfacción global uno de los más bajos en comparación con el resto de los profesionales de los servicios sanitarios.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los aspectos de organización tienen casi tanta importancia relativa como el acto médico en la conformación de la satisfacción global con el servicio sanitario recibido. Es más, según otros estudios</p>

	<p>realizados, los usuarios han situado a esta dimensión como el componente principal de la satisfacción, debido principalmente a que cuando las variables que componen el acto médico han alcanzado porcentajes muy elevados de satisfacción son las cuestiones de organización las que obtienen más relevancia.</p> <p>El estudio realizado da cuenta de una interesante paradoja: si se realiza un análisis descriptivo con los datos de Atención Primaria 2008, se observa como los usuarios están claramente satisfechos con las enfermeras con un porcentaje por encima del resto de los profesionales, sin embargo, cuando conforman su satisfacción global con el servicio recibido, la importancia de estos profesionales disminuye notablemente centrándose principalmente en el papel de los médicos y auxiliares administrativos.</p> <p>Probablemente los primeros como depositarios de las esperanzas y bondades del sistema y, los otros, los administrativos, como los profesionales en los que se hace recaer la mayor parte de las dificultades organizativas. Todo ello, podría ser síntoma de un hecho muchas veces expuesto pero poco sustentado empíricamente cual es la invisibilidad de los enfermeros en la valoración global del servicio sanitario, lo cual probablemente sea el reflejo del papel secundario o subsidiario que este colectivo de profesionales sanitarios ha tenido hasta muy recientes fechas.</p> <p>No obstante, a nuestro juicio, la clara identificación de estos profesionales por parte de los usuarios, su alta valoración y el innegable papel que tienen actualmente como profesionales sanitarios independientes y fundamentales en la prestación de los servicios sanitarios, junto con la mayor visibilización que le está dando el sistema sanitario andaluz con, por ejemplo, las consultas de enfermería, repercutirá a medio plazo en la superación de la paradoja descrita.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>De este artículo es importante resaltar que los enfermeros tienen aún cierto grado de “invisibilidad” en el sistema de salud, ya que les falta que como grupo se asocien y trabajen en unificación de criterios y servicios, por supuesto cada institución cuenta con unos procedimientos y protocolos para la atención pero así como otros profesionales de la salud se asocian y organizan, los enfermeros como responsables del cuidado de las personas en cada uno de los niveles de atención y complejidad deben ser la base para el correcto funcionamiento de la organización y de proveer a los usuarios con la información clara, específica y oportuna.</p>

	<p>Nuevamente como en el anterior artículo, se habla de los sistemas de información para los usuarios para que ellos sean los que nutran los planes de mejoramiento que se deben desarrollar en los sistemas de habilitación y acreditación, ya que éstos funcionan en pro y tomando como eje central el usuario.</p> <p>La manera cómo usamos la información de los usuarios nos dará las suficientes herramientas para mejorar los procesos en las instituciones, muchas veces las encuestas de satisfacción tienen preguntas condicionantes que hacen que el usuario no responda con la mayor certeza y claridad, debemos volcar los esfuerzos en escuchar a los usuarios, la comunidad y a los mismos empleados de las instituciones ya que los modelos gerenciales se centran mucho en la productividad y la rentabilidad financiera pero no sin dejar de lado la razón de ser de cualquier institución de salud: el ser humano.</p> <p>Finalmente se debe ampliar el contacto con el usuario a través de la visibilización y organización de los profesionales de enfermería, como eje central del cuidado de la salud y la vida.</p>
--	---

30. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.30 Estudio sobre la satisfacción del usuario con el sistema de apoyo de decisiones clínicas para la medicación (SADC) en Corea
Autor y Año	<p>Junghee kim graduate school of public health, yonsei university, korea</p> <p>Young moon chae professor and chairman, graduate school of public health, yonsei university, korea</p> <p>Sukil kim associate professor, college of medicine, catholic university of korea</p> <p>Seung hee ho director of health policy research, institute of national rehabilitation center, seoul, korea</p> <p>Hyong hoi kim professor and chairman, pusan national university school of medicine, korea</p> <p>Chun bok park director of health services research. korea health and welfare information service, korea</p> <p>Año : 2013</p>
Ubicación del artículo (base datos)	http://www.sanigest.com



Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	KIM, J., CHAE, Y. M., KIM, S., HO, S. H., KIM, H. H., & PARK, C. B. (2013). A study on user satisfaction with the Clinical Decision Support System for medication (CDSS) in Korea. FUTURE HEALTHCARE, 49(1), 116.
Objetivo del artículo	Identificar los factores que influyen en la satisfacción del usuario y para examinar las necesidades del usuario para mejorar la satisfacción del usuario y la seguridad de los medicamentos.
Palabras Clave	Sistema de calidad; Hospitales del Mundo y Servicios de Salud, satisfacción del usuario, Uso; Impacto individual y: impacto en la organización.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Muchos de los errores de medicación se producen en el momento de ordenar y distribuir medicamentos en los hospitales. El Sistema de Ayuda a la Decisión Clínica (SADC) es ampliamente utilizado en un esfuerzo para reducir los errores de medicación. Este estudio se centró en la evaluación de la satisfacción del usuario con la SADC para la medicación en un hospital universitario. En concreto, este estudio tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la satisfacción del usuario y para examinar las necesidades del usuario para mejorar la satisfacción del usuario y la seguridad de los medicamentos.
Muestra	El estudio se basó en datos de la encuesta de 218 usuarios (103 médicos, 103 enfermeras y 15 farmacéuticos) en un hospital universitario que utiliza la SADC. Con el fin de identificar los factores que influyen en la satisfacción del usuario con la SADC, se realizó una regresión lineal múltiple. Con el fin de comparar el nivel de satisfacción entre los grupos profesionales, un análisis de la varianza (ANOVA) se realizó.
Intervención y proceso medición	<p>La encuesta fue distribuida directamente durante una visita al hospital 7-27 septiembre de 2011. Se recogieron dos Ciento dieciocho participantes sobre la base de una muestra de conveniencia y analizados en el estudio.</p> <p>El hospital estudio no requiere el uso obligatorio de EMR para los médicos y por lo tanto la mayoría de los médicos en la muestra eran jóvenes médicos.</p> <p>Se evaluó la satisfacción de los usuarios de los SADC mediante el uso de medidas de éxito como variables independientes, y la suma de dos medidas de satisfacción como variables dependientes para un análisis de regresión múltiple.</p> <p>Las asociaciones entre tres medidas de éxito y la satisfacción general del sistema se analizaron sobre la base de tabulaciones cruzadas. También se analizaron las asociaciones entre tres medidas de éxito y mejora la seguridad del fármaco.</p>



Resultados	<p>El efecto de las medidas de éxito en la satisfacción del usuario, entre las medidas de éxito , confiabilidad de la información , la toma de los factores de apoyo y soporte de factores departamento correspondiente , fueron factores importantes que influyen en la satisfacción del usuario , como se muestra en la Tabla 1 . El R-cuadrado de este modelo fue de 0,65.</p> <p>El análisis de la asociación entre las medidas de éxito y satisfacción de los usuarios. Para analizar la relación entre las medidas de éxito y satisfacción de los usuarios en detalle, hemos seleccionado la satisfacción general del sistema de medidas de satisfacción del sistema y mejora la satisfacción del fármaco a partir de las mediciones de satisfacción de información.</p> <p>Asociación entre las medidas de éxito y la satisfacción general del sistema como se observa en la Tabla 2, las respuestas positivas ("sí") en la satisfacción general del sistema tuvieron respuestas positivas consistentemente más alta ("si") en todas las medidas de éxito. Específicamente, la respuesta era positiva más alta fiabilidad de la información (82,9 %), seguido por la utilidad de la interfaz de usuario del sistema (81,6 %) y puntualidad de la información (77,6 %) en orden. En comparación con la calidad del sistema de medidas y calidad de la información, sin embargo, todos los factores de apoyo tenían un menor porcentaje de respuestas positivas de satisfacción. La respuesta positiva más alta de factores de apoyo fue el apoyo del departamento correspondiente (48 %), seguido de apoyo a la formación del usuario (44,8 %).</p> <p>Asociación entre las medidas de éxito y mejora la seguridad del fármaco, Las respuestas positivas (sí) Como se ve en la Tabla 3 en la seguridad del fármaco La fiabilidad de la información, la capacidad de decisión de apoyo, y el apoyo del departamento fueron factores importantes que influyen en la satisfacción del usuario. Además, las enfermeras son el grupo más satisfechos, seguidos por los farmacéuticos y los médicos de acuerdo con ANOVA. Áreas para mejorar aún más en la mejora de la seguridad del fármaco eran tiempo de búsqueda de información y la toma de las capacidades de soporte para prevenir eventos adversos de los medicamentos (ADE) de una manera oportuna real.</p> <p>Se encontró que los usuarios CDSS estaban en general satisfechos con el sistema y que complementa el sistema de revisión de la utilización de medicamentos en todo el país (DUR) en la reducción de ADE. Se necesita más evaluación CDSS en otros hospitales para</p>
-------------------	--

	<p>mejorar la satisfacción del usuario y la seguridad de los medicamentos.</p>
<p>Discusión</p>	<p>El estudio examinó los efectos de las medidas de calidad de los SADC (calidad del sistema y la calidad de la información) y sus factores de apoyo (alta dirección, departamento de apoyo y formación de usuarios) sobre los factores de satisfacción (satisfacción del usuario y la satisfacción de información). Se encontró que dos factores de calidad de información (confiabilidad de la información y la toma de la capacidad de apoyo) y un factor de apoyo (apoyo departamental) fueron factores importantes que influyen en la satisfacción del usuario.</p> <p>Cuando la satisfacción del usuario se analizó por separado por la satisfacción del sistema y la satisfacción de la información, facilidad de uso y capacidad de apoyo a la decisión influyó significativamente en ambos factores de satisfacción de los usuarios. Este hallazgo apoya el objetivo final de la SADC para la medicación, que proporciona información para ayudar a tomar una mejor decisión en la prescripción de medicamentos.</p> <p>En conclusión, hemos encontrado que la satisfacción del usuario con la capacidad de mejorar la seguridad de los medicamentos era razonablemente alta. Sin embargo, la función de control de la seguridad en tiempo real, lo cual fue una gran preocupación para los médicos, debe mejorarse aún más con el fin de aumentar el nivel de satisfacción de los médicos y reducir los errores de medicación. Además, nuestro estudio mostró que las dimensiones de éxito definidos por DeLone y McLean para los sistemas de gestión de la información (1992, 2003) son aplicables a la SADC para la medicación, similar a un estudio sobre los sistemas de información de atención de pacientes hospitalizados por Meijden et al. (2003).</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La satisfacción de un usuario de salud se puede atacar desde varios tópicos, uno de estos es la aplicación de los correctos en medicamentos, proceso en el que intervienen diferentes áreas de la institución. Ya que de no realizar un proceso integral y seguro, conllevaría a errores importantes que impactarían negativamente el desarrollo de la enfermedad.</p> <p>Cuando todos procesos se encuentran engranados la aplicación y uso de los medicamentos generan una reacción positiva en el usuario el cual se ve reflejado en la satisfacción de ese, pero cuando sucede lo contrario, no solo conlleva a una insatisfacción del usuario, sino a dificultades aun mayores, que evidencian la falta de rigurosidad en la aplicación, de guías y protocolos, por tal razón es</p>

	sumamente importante, apoyar estos procesos manuales, con herramientas que ayuden a minimizar la brecha de errores y ayuden a magnificar el impacto positivo de una buena medicación.
--	---

31. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.31 Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área
Autor y Año	Ma ISABEL RÍOS-RÍSQUEZ ^{1,2} , MARIANO GARCÍA-IZQUIERDO ³ , ESTER LOZANO ALGUACIL ⁴ , GINÉS MATEO PEREA ⁴ , EMILIANA SABUCO TEBAR ¹ , FUENSANTA MARTÍNEZ CANO ¹ 2013
Ubicación del artículo (base datos)	http://dialnet.unirioja.es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Risquez, M. I. R., Izquierdo, M. G., Alguacil, E. L., Perea, G. M., Tebar, E. D. L. Á. S., & Cano, F. M. (2013). Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área. <i>Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias</i> , 25(3), 177-183.
Objetivo del artículo	Determinar si el grado de satisfacción de los usuarios hospitalizados con el cuidado enfermero prestado en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) guarda relación con la complejidad del centro.
Palabras Clave	seguridad del paciente; enfermos mentales; atención en salud mental
	La satisfacción de los usuarios es un elemento básico para valorar la calidad de los cuidados de salud. Se pueden distinguir dos tipos de calidad: intrínseca o científico-técnica y



Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>extrínseca o percibida; esta última se corresponde con la valoración que hacen los usuarios de ciertos aspectos, por ejemplo, de la atención que reciben.</p> <p>Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente y en ellos convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los niveles de la red asistencial como aquéllos que lo hacen por iniciativa propia. Estos SUH tienen el objetivo de responder a la demanda sanitaria de la población y ofertar una asistencia que sea eficaz, eficiente y equitativa, y que además tenga como uno de sus componentes principales la calidad. Son, por lo tanto, una parte esencial de las organizaciones sanitarias, por lo que conocer qué percepción tienen los usuarios de tales servicios es imprescindible para el enfoque de la calidad total.</p> <p>En la literatura se encuentran investigaciones sobre la satisfacción del usuario con el objetivo de evaluar distintas dimensiones de la calidad percibida. Sin embargo, destaca la escasez de trabajos que analizan la satisfacción del usuario con aspectos concretos de la asistencia como, por ejemplo, el cuidado prestado por el personal de enfermería. Aunque existen trabajos que ponen de manifiesto la importancia que la percepción del cuidado por parte de enfermería tiene sobre la satisfacción global del servicio asistencial recibido, es patente la ausencia de estudios en nuestro sistema de salud público y, particularmente, en el SUH.</p>
Muestra	Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, con una muestra aleatoria de 390 usuarios que ingresaron desde el SUH. Se utilizó la escala LOPSS-12 y un cuestionario de variables sociodemográficas y de salud.
Intervención y proceso medición	<p>Se utilizó un diseño descriptivo transversal y multicéntrico. Se incluyó en el estudio a un centro hospitalario de tercer nivel y a uno de segundo nivel asistencial (ambos del área urbana de Murcia).</p> <p>La población objeto de estudio fueron los pacientes adultos procedentes del SUH ingresados en las unidades de</p>

hospitalización. Se tuvieron en cuenta varios criterios de exclusión: a) pacientes cuyo estado de salud impedía el recuerdo de lo acontecido durante su estancia en la unidad de urgencias (por coma, letargo, sedación, intoxicación alcohólica, agitación); b) pacientes con trastornos neuropsiquiátricos; y c) pacientes que ingresaron en la UCI desde urgencias.

La selección de los participantes se realizó de forma proporcional al número medio de ingresos por día desde urgencias existente en cada centro a lo largo del año anterior. Para la evaluación de la satisfacción del usuario con la atención de enfermería se utilizó la escala La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)²¹, adaptada y validada por Cabrero et al²². Dicha escala está compuesta por 12 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de siete puntos, desde totalmente de acuerdo (1) hasta totalmente en desacuerdo (7). Todos los ítems se relacionan con la atención prestada por el personal de enfermería (por ejemplo, el ítem 1: “me ayudan a comprender mi enfermedad”). La escala original tiene una estructura de dos factores de satisfacción: uno positivo y otro negativo, que complica su interpretación. Por este motivo hemos optado por transformar todas las puntuaciones en un único sentido, de tal forma que una mayor puntuación se corresponde con una menor satisfacción del usuario, por lo que la suma de los ítems corresponde a la puntuación total de satisfacción del paciente. Se obtuvo una fiabilidad de la escala mediante el índice alfa de Cronbach de 0,81.

El análisis de datos fue realizado mediante la versión 15 del paquete estadístico SPSS. Se comprobaron los supuestos de normalidad para las variables cuantitativas. Se realizó la estadística descriptiva, se utilizó para el análisis bivalente pruebas paramétricas (T de Student y ANOVA) o no paramétricas (U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis) según la distribución de los datos de las variables cuantitativas cumpliera o no los supuestos de normalidad. Se utilizó, así mismo, la prueba r de Pearson para relacionar las variables cuantitativas que cumplieran los supuestos de normalidad.

<p>Resultados</p>	<p>La satisfacción media con la atención de enfermería, en una escala donde 1 se identifica como muy satisfecho y 7 muy insatisfecho, fue de 2,34 (DE = 0,98). No se hallaron diferencias significativas de las puntuaciones medias totales según la complejidad del centro hospitalario, aunque sí respecto a varios aspectos del cuidado enfermero: la posibilidad de compartir sentimientos y de hacer preguntas, la participación en la planificación de la atención, la empatía y comunicación emocional y la posibilidad de solicitar información mayor en centros de alta complejidad y la rapidez en contestar las llamadas y la amabilidad (mayor en los centros de baja complejidad). La satisfacción de los usuarios se asoció significativamente a un menor tiempo de estancia en el SUH.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los resultados permiten concluir que la satisfacción que manifiestan los pacientes de la muestra con los cuidados de enfermería recibidos en los SUH no se relaciona con el nivel de complejidad de los centros. No obstante, es necesario matizar estos resultados. Cuando nos detenemos a analizar cada uno de los doce aspectos del cuidado de enfermería evaluados encontramos con que los usuarios del SUH de menor complejidad están más satisfechos con la amabilidad y con la rapidez en la atención a las llamadas. Este hecho podría asociarse con un menor número de pacientes atendidos y mayor tiempo disponible para su atención, así como con la posibilidad de que los pacientes perciban los hospitales grandes como más impersonales e intimidantes. Por otro lado, encontramos diferencias a favor del SUH de mayor complejidad, en el sentido de una mayor satisfacción del usuario con aspectos como la consideración de las opiniones y preferencias con respecto a los planes de cuidados, la posibilidad de compartir con los profesionales sentimientos y emociones y la posibilidad de hacer preguntas. En general, se puede concluir que los hallazgos obtenidos confirman los resultados de diversos estudios previos en el sentido de no encontrar relación entre el nivel de satisfacción global mostrado por los usuarios y la complejidad del centro hospitalario.</p>
<p>Análisis</p>	<p>La calidad de la atención puede estar condicionada por</p>

<p>Personal</p>	<p>múltiples factores. Así, por ejemplo, se ha estudiado la relación entre las características del trabajo y las reacciones psicosociales del personal sanitario como antecedente de la satisfacción del paciente, pero se ha prestado poca atención a las particularidades de la organización como variable relacionada con su satisfacción. Sin embargo, esta idea no es nueva, desde el enfoque de contingencia se pretende comprender el funcionamiento de una organización bajo diversas condiciones de complejidad como punto de partida para proponer diseños y acciones directivas adecuadas. Ha sido utilizado como marco de referencia en estudios en otros sectores económicos enfatizando la importancia del conjunto de variables organizativas que constituye la particularidad de la entidad, que la diferencia de otras situadas en entornos similares, y que puede influir en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.</p> <p>Respecto a la satisfacción de los usuarios de los SUH con la atención enfermera según la complejidad del centro hospitalario, no se encuentran trabajos en la literatura que permitan comparar resultados. Por lo tanto, atendiendo al marco teórico y empírico señalado, el objetivo principal de este trabajo fue determinar si el grado de satisfacción de los usuarios hospitalizados con el cuidado enfermero prestado en el SUH guarda relación con la complejidad del centro hospitalario. Además, se pretende conocer el grado de satisfacción de los usuarios ingresados a través de urgencias con la atención recibida, así como determinar qué facetas del cuidado enfermero de urgencias implican una menor satisfacción y son susceptibles de mejora.</p>
------------------------	--

32. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

<p>Título</p>	<p>2.32 Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del hospital san Vicente de paúl (hsvp) durante el periodo 2009-2010</p>
----------------------	---



Autor y Año	AUTOR: Cabascango Katia - Andrea Villegas AÑO: 7-jul-2011
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico UTN Repositorio digital
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	CABASCANGO, K., & Villegas, A. (2011). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (hsvp) durante el período noviembre el 2009 a agosto del 2010.
Objetivo del artículo	Identificar la calidad de atención dada el profesional de salud percibida por los usuarios externos.
Palabras Clave	SERVICIO EMERGENCIA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL FALTA DE PERSONAL CALIDEZ HUMANA ATENCIÓN BRINDADA RECURSOS ECONÓMICOS
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La presente investigación de Calidad de atención dada por el profesional de salud a los usuarios externos que acuden al servicio de emergencia, se realizo en el Hospital San Vicente de Paul ubicada en el ciudad de Ibarra, en el periodo comprendido entre Noviembre 2009 a Agosto 2010.</p> <p>Un aspecto que incide negativamente en el impacto al servicio son los tiempos de espera prolongados lo que hace aun mas que los usuarios piensen que el servicio sea inoportuno, ineficiente e ineficaz.</p> <p>La falta de personal de médicos tratantes en el horario de 24 horas, implanta una gran debilidad en el servicio, en cuanto a dotación del personal, insumos, materiales disponibilidad de equipos, mobiliarios y especies adecuadas, las personas usuarias manifiestan que su mejor implementación y equipamiento mejoraría probablemente la calidad del servicio.</p> <p>En general no existe insatisfacción ni completa satisfacción de los usuarios ya que el servicio y el personal que labora en la unidad de emergencia del HSVP hace un gran esfuerzo día a día por mejorar la atención a pesar de la falta de personal, insumos, materiales y equipos.</p>

<p>Muestra</p>	<p>Para el desarrollo de esta investigación se realizó un muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos pues dadas las características del servicio de Emergencia puede o no existir un flujo horario de pacientes, los datos se recolectaron a través de una encuesta a los profesionales que laboran en esta área y a los usuarios en promedio al día.</p> <p>La muestra total fue de 300 personas encuestadas de las cuales se subdividieron en 5 grupos etarios donde el 36% corresponde a adultos de 21 a 30 años de edad, un 23% de 15 a 20 años, un 21% de 31 a 40 años, un 16% de 41 a 50 y solo un 4% representa al grupo entre 51 a 60 años.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se utilizo un estudio de tipo observacional, descriptivo y prospectivo no experimental En la discusión</p> <p>Se ejecuto un proyecto de investigación de tipo estudio observacional, descriptivo, por cuanto se basa en la situación actual y busca especificar las propiedades y características y rangos importantes del tema. También es de tipo prospectivo de corte transversal por tratarse de un estudio en un tiempo determinado; que es durante el periodo de Noviembre del 2009 a Agosto del 2010 en el servicio de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl de la Provincia de Imbabura. Con enfoque cualitativo ya que se orienta a comprender el fenómeno desde lo particular a lo general, y no experimental.</p> <p>El estudio se centra en la percepción de la calidad de la atención del usuario del servicio de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl y recoge sus percepciones sobre la calidad de la atención en las dimensiones de estructura, proceso y resultados propuestas por Donabedian (DONABEDIAN, 1990: 20). Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Las técnicas a utilizar en esta investigación fueron la observación directa, guía de entrevista estructurada y encuesta a usuarios externos, Observación Directa, Encuesta</p>
<p>Resultados y</p>	<p>El servicio de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl es una área de gran demanda de pacientes, la infraestructura con que cuenta permite el fácil acceso de las mismas en cuanto a ubicación, horario, capacidad resolutive, personal eficiente y la eficacia del servicio.</p> <p>La eficiencia del personal del área puede verse afectada por</p>



Discusión	<p>factores como el exceso de carga y stress laboral, turnos intensivos y extensivos, exigencia por parte del usuario entre otros aspectos, lo que impacta negativamente en la calidad del servicio que presta.</p> <p>La satisfacción de la necesidad del usuario es el punto de discusión, su capacidad resolutive media hace que en muchas ocasiones sea cuestionada. La eficacia e impacto del servicio en la satisfacción de su necesidad de atención es cuestionable ya que un 41% manifiesta que debe regresar nuevamente para ser atendido, sin embargo de ello la falta de recursos económicos por parte de la población hace que regrese nuevamente por un “mal servicio” esto demuestran las respuestas obtenidas, Pero el 57 % restante admite que la calidad de atención es rápida y oportuna lo que quiere decir que existe un tiempo de espera prolongado para recibir atención ya sea por diferentes factores adversos, como la afluencia extrema de pacientes, la falta de personal y otros, pero el momento de brindar atención los profesionales de salud lo hacen con la mayor calidad y calidez humana.</p>
Análisis Personal	<p>Una organización de salud está conformada por un conjunto de equipos de trabajo de profesionales interdisciplinarios, que laboran estructuradamente para prestar servicios de salud, que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios a través de mejor calidad, eficiencia y equidad en la atención, alcanzando metas con la participación de los usuarios. La cultura organizacional en los sistemas de salud es una mezcla de saberes, conductas, relatos, creencias, suposiciones y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédica y sociales. Si todas las instituciones centraran sus esfuerzos en satisfacer debidamente a los usuarios sumados a todos los componentes anteriormente mencionados se alcanzaría el logro de los objetivos y lo más importante atención con calidad, excelente servicio, la mejor cobertura, etc.</p> <p>Se quiso relacionar y ver desde diferentes enfoques como</p>

Análisis Personal	<p>contribuyen con la satisfacción del usuario llegando al siguiente resultado:</p> <p>Desde el enfoque de los estándares de acreditación la organización debe evidenciar como concibe, aprende y forma la cultura de la organización; como se alinean las normas, la cultura y la ética; los niveles de la cultura organizacional (ambiente físico, documentación; principios y valores; percepción, acciones y construcción de consensos), tipo de relación de la institución con sus colaboradores, el clima organizacional o ambiente percibido, las acciones sinérgicas de la institución y su equipo de trabajo, la orientación desde la misión y visión de la cultura organizacional, la gestión ética y sus procesos (conformación de los agentes de cambio o líderes del proceso, diagnóstico ético de la entidad, código de ética y de buen gobierno, compromisos éticos por áreas organizacionales, estrategias pedagógicas y comunicativas y aplicación de las estrategias para el plan de mejoramiento) y estrategias y acciones desde la gerencia del talento humano para el desarrollo de la cultura organizacional, entre otros. Todo lo anterior se hace necesario para prestar el mejor servicio en las instituciones de salud que deben estar bien conformados para lograr un cliente satisfecho, bien atendido con calidad y buen servicio.</p>
--------------------------	---

33. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.33 Insatisfacción en la atención del usuario externo que acude al centro de salud Conocoto 2010-2011
Autor y Año	Autor: Jaguaco Iza, Verónica Paulina Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico Biblioteca UTPL
Citación	Jaguaco Iza, Verónica Paulina. (2011). Insatisfacción en la atención



Bibliográfica del artículo en Vancouver)	del usuario externo que acude al centro de salud Conocoto 2010-2011 (Tesis de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud). UTPL, Quito. pp. 33
Objetivo del artículo	Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos con la atención recibida en los servicios de salud, identificando su percepción sobre los atributos de calidad de esa atención y los factores determinantes de satisfacción e insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua en el centro de salud Conocoto.
Palabras Clave	Atención médica Servicios de salud Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud – Tesis
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>El interés de este estudio se explica por la creciente necesidad de conocer el nivel de satisfacción que los usuarios obtienen de los servicios de atención en salud que se brinda en el centro de salud Conocoto. Esta dimensión está siendo cada vez más relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales a nivel mundial, y en particular, de políticas públicas de salud.</p> <p>De acuerdo con el Informe sobre la Salud en el Mundo, la clave del éxito está en el fortalecimiento de los sistemas de salud orientados por las estrategias y principios de la atención primaria, y en la preparación de respuestas que promuevan un desarrollo integrado y a largo plazo de los sistemas de salud, en beneficio de toda la población, tomando en cuenta la calidad de atención en salud que se está brindando.</p>
Muestra	El universo de esta investigación son los usuarios que acuden al centro de salud Conocoto para su atención en consulta externa, se aplico la entrevista a 50 usuarios elegidos aleatoriamente.
Intervención y proceso medición	Enfoque teórico – metodológico - Cualitativo. Técnicas.- Se aplicaría la Observación, entrevistas. Instrumento de recolección de la información.- El instrumento que se aplica son las guías para entrevistas y encuestas a 50 usuarios/as que acuden al CS Conocoto.
Resultados	El centro de salud Conocoto es una área nueva donde no se ha realizado ninguna investigación sobre la calidad de atención que se brinda, con las encuestas aplicadas y su respectiva tabulación se ha llegado a concluir que las principales causas de insatisfacción que Expresan los usuarios son parámetros que coinciden con investigaciones ya realizadas en diferentes países de América latina y en centros de atención primaria en nuestro país.
	Tomando en cuenta que uno de los principios de la reforma en salud es mejorar la calidad de atención a la población y que el Área de salud N24-Conocoto es un área nueva, la misma que empieza a

<p>Discusión</p>	<p>funcionar como jefatura, tiene diferentes retos y a la vez no se ha realizado una investigación de su funcionamiento ni de su calidad de atención que brinda, mi enfoque va dirigido hacia la problemática de la insatisfacción de los usuarios después de su atención en nuestra unidad.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La atención en salud debe basarse principalmente en una excelente calidad en el servicio, por lo anterior el presente análisis de este artículo nos conlleva a pensar en un asunto que no se debe olvidar, y más aun cuando se está tratando con personas como lo es la Humanización siendo este un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.</p> <p>Por ello es de gran importancia la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios por parte de los profesionales en salud, en el contexto de la ética y los valores, con un enfoque de atención al paciente orientado a suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.</p> <p>Por tanto todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben implementar capacitaciones en humanización buscando que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global, así mismo encaminar acciones a la transformación de la relación médico-paciente, evitando situaciones de inconformidad para el usuario, en las que tras haber logrado acceder al servicio después de cumplir requisitos múltiples y largas filas en algunos casos, se encuentran con servicios de regular calidad y atención.</p> <p>Al igual, se debe contar con una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, condiciones de silencio, promoción de una atención oportuna y la reducción de esperas, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.</p>

34. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.34 Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud
Autor y Año	Autores: Roger Ruiz Moral, Antonia Alba Diosa, Caridad Dios Guerra, Celia Jiménez García, Valeria González Neubauer, Luis Ángel Pérula de Torres y Luciano Barrios Blasco. Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	EIServier.es
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Ruiz Moral, R., Alba Dios, A., Dios Guerra, C., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Pérula de Torres, L. Á., & Barrios Blasco, L. (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. <i>Enfermería clínica</i> , 21(3), 136-142.
Objetivo del artículo	Valorar las preferencias, la satisfacción y el grado de participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones con las enfermeras de los centros de salud y explorar las sugerencias de cambio o mejora de los pacientes sobre su participación.
Palabras Clave	Participación del paciente; Toma de decisiones; Satisfacción; Atención primaria; Enfermería
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La participación del paciente en la toma de decisiones (PPTD) es un aspecto de la atención sanitaria que se considera relacionado con la calidad. Esta participación implica que el profesional involucre a los pacientes en un proceso de compartir información y opiniones y más concretamente compartir las decisiones en una consulta sobre las acciones a tomar.</p> <p>Hacen referencia para plantear el problema a algunos autores como Salvage, donde en su conceptualización sobre «la nueva enfermería», afirma que «la colaboración incluye aumentar el conocimiento y habilidades de los pacientes dándoles más información, maximizando su independencia, ofreciéndoles opciones y respetando sus decisiones, así como comprendiendo sus necesidades concretas». El código de conducta profesional elaborado por el United Kingdom Central Council for Nursing recoge estas perspectivas que fomentan el trabajo colaborativo entre enfermería y los pacientes, asumiendo que los enfermeros deben compartir su conocimiento y a su vez el poder de decisión.</p> <p>Se plantea que debe priorizarse la evaluación de las expectativas y las percepciones al respecto de los pacientes cuando acuden a las consultas, así como las de los propios profesionales, el grado en que</p>

	<p>se produce esta participación en las consultas o las variables que la modulan, entre otros. Se hace énfasis que no existen suficientes trabajos sobre estos temas en el ámbito de la atención de enfermería, más allá de algunos que evalúan la participación de familiares en el cuidado de determinados enfermos agudos.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Participaron 237 pacientes. Se diseñó un estudio observacional descriptivo con un enfoque metodológico mixto cualicuantitativo, realizado con pacientes que utilizaron los servicios de enfermería de nueve centros de salud de Andalucía. Tras ser atendidos, los pacientes fueron entrevistados, recogiendo sus opiniones y satisfacción con el proceso de implicación en la toma de decisiones. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, y para comprobar la existencia de diferencias entre las respuestas a las preguntas cerradas y las abiertas agrupadas del cuestionario, se utilizó el test de la X^2 ($p < 0,05$). Análisis cualitativo: las preguntas abiertas fueron agrupadas en categorías en un proceso que involucró a tres investigadores independientemente.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Los pacientes seleccionados acudían a su Centro de Salud (CS) con la finalidad de recibir atención en consultas programadas de enfermería (control de pacientes crónicos con diabetes, hipertensión arterial, obesidad y embarazo y planificación familiar). Se estimó que sería necesario reclutar al menos a 228 pacientes para obtener una precisión del $\pm 6,5\%$, para un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada del 50% para la variable «participación en la toma de decisiones». Los pacientes fueron seleccionados por muestreo consecutivo de entre todos los presentes en las salas de espera de enfermería entre octubre de 2008 y junio de 2009. Se excluyó del estudio a los pacientes que acudieron por otros motivos que no fuesen los propios de una consulta programada de enfermería (curas, vacunaciones, etc.).</p> <p>Las entrevistas fueron llevadas a cabo por dos encuestadoras contratadas para este fin, previamente entrenadas (se descartó la auto aplicación del cuestionario, pues el nivel educativo de la población era bastante bajo). Se obtuvieron encuestas de pacientes atendidos entre 5 y 9 enfermeras en cada uno de los centros seleccionados al objeto de conseguir el mayor grado de representatividad en cada CS. La media de pacientes entrevistados fue de 37 en cada CS, con 6 encuestas por cada enfermera seleccionada. Las variables independientes recogidas fueron edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y motivo de consulta. Para medirlos diferentes aspectos relacionados con la toma de decisiones en la consulta programada de enfermería, se diseñó un cuestionario, dado que no encontramos ningún otro validado en el que basarnos para los fines de este estudio.</p>

	<p>A los sujetos participantes se los abordaba antes de entrar a la consulta de enfermería y se les explicaba el objetivo del estudio, solicitándoles que firmas en la hoja de consentimiento informado. En caso de aceptar, se pasaba a recoger sus datos socio demográficos y el motivo de la consulta, y se les avisaba de que a los 2 o 3 días de la consulta se les llamaría por teléfono para hacerles la entrevista. En la entrevista telefónica se les preguntaba sobre quién creían que debía tomar las decisiones en la consulta de enfermería (la enfermera, de mutuo acuerdo o el paciente), se les pedía que valoraran (mediante pregunta cerrada con cuatro opciones de respuesta) el nivel de satisfacción con la forma en que se habían decidido las acciones que se tomaron, así como su percepción sobre quién creían que lo había hecho (el enfermero, el paciente o ambos), y el grado real de participación percibido en la toma de decisiones (para ello se empleó una escala analógica visual de 10 puntos, que fue cualitativizada en tres categorías: ninguna participación, participación compartida y participación total). Finalmente, mediante una pregunta abierta se exploraban los posibles deseos de cambio respecto a su deseo de mayor participación («Con relación a la manera en que se tomó la decisión en la consulta, ¿le haría alguna sugerencia a su enfermera para en próximas visitas mejorar su participación?»).</p>
<p>Resultados</p>	<p>Un 59% (138) prefiere un rol colaborativo con la enfermera a la hora de tomar decisiones. Un 96,2% (228) de los usuarios encuestados declararon estar satisfechos o muy satisfechos con el proceso de toma de decisiones en la consulta de enfermería; sin embargo, el 17,4% (41) hizo sugerencias para mejorarlo. Para los pacientes las principales áreas de mejora estaban relacionadas con habilidades comunicativas para ayudar a decidir, consensuar o realizar consejos.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Los hallazgos obtenidos en el presente estudio representan una aproximación descriptiva del proceso de PPTD en consultas de enfermería. En línea con lo publicado hasta ahora, son los pacientes con más nivel sociocultural los más exigentes en cuanto a percepción de participación e, igualmente, la satisfacción es menor en los más jóvenes. Aparentemente, esta población se encuentra más acostumbrada a un tipo de relación colaborativa con el profesional sanitario y rechaza una relación paternalista o impositiva. Resulta novedoso el hecho de que los varones se sientan más sensibilizados en este aspecto que las mujeres. No obstante, podemos decir que, en general, los deseos de participación de los pacientes son importantes, a que hasta casi dos tercios prefieren un rol colaborativo o aceptan asumir un papel protagonista en la toma de decisiones. Sin embargo, llama la atención que, aunque muchos pacientes</p>



	<p>declaraban tras una consulta haber participado suficientemente en este proceso y, sobretodo, la práctica totalidad de ellos decían sentirse satisfechos con la forma en que se habían tomado las decisiones en la consulta, al preguntarles de manera abierta si tenían sugerencias para que la enfermera pudiera mejorar este proceso, un número de ellos ofrecía propuestas concretas al respecto.</p> <p>En nuestro ámbito, nosotros hemos puesto de manifiesto esta escasa implicación en consultas de atención primaria de médicos y enfermeras. Entre las razones que se han ofrecido para explicar esto, se encuentran que aún muchos profesionales tienen la idea de que los pacientes no desean participar, pero parece más plausible, como dice Henderson, dado que la participación supone una cesión de poder, que el profesional no está del todo dispuesto a ello.</p> <p>Otro factor que puede estar implicado en esta limitación sería la falta de formación para llevar a cabo el proceso. En este sentido, este estudio aporta aspectos de interés. Uno de ellos es la necesidad de promover habilidades comunicativas, algunas de carácter básico, como respeto, cortesía e interés o la práctica de una escucha activa. Estos elementos son clave para fomentar la participación. Habilidades más complejas, como las relacionadas con estrategias para ayudar a decidir, consensuar decisiones o realizar consejos capacitadores, representan un peldaño más. Las sugerencias de los pacientes recogidas en este trabajo muestran líneas para diseñar programas formativos dirigidos a enfermeros con el objetivo de adecuar más la PPTD.</p>
Análisis Personal	<p>Después de analizar el contenido de este artículo, se encuentra que el papel del grupo de enfermería es la base de la atención y por ende la conexión para desarrollar aspectos propositivos en la participación del usuario en su proceso de salud - enfermedad; aunque se encuentran aspectos por mejorar en cuanto a las habilidades comunicativas sí se logra que el usuario perciba la atención de enfermería de forma favorable y beneficiosa en la consolidación del tratamiento, educación y acompañamiento en el proceso.</p> <p>Cabe anotar que se debe enfatizar en mejorar la formación de enfermería para que puedan compartir con sus pacientes la planeación del cuidado, ya que en estos momentos sienten vulnerados su rol de cuidado y lo que hacen en imponer lo que se quiere lograr con el paciente, aspecto que no favorece el proceso de participación y toma de decisiones. Otro aspecto importante de resaltar con relación al artículo es que es más fácil lograr empatía con las personas de niveles educativos superiores, por lo que también se debe buscar estrategias que permitan llegar de formas</p>

claras y precisas a personas con bajos niveles educativos.

35. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.35 Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería
Autor y Año	Autores: Alma Elizabeth Álvarez de la Rosa, Clara Olivares Ramírez, Julio César Cadena Estrada, Sandra Sonalí Olvera Arreola. Año: 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Álvarez, R. A. E., Olivares, R. C., Cadena, E. J. C., & Olvera, A. S. S. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería.
Objetivo del artículo	Comparar el grado de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería de acuerdo al género y su asociación con los datos socio demográficos.
Palabras Clave	Satisfacción, enfermería, calidad.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La satisfacción en la asistencia de enfermería es entendida como el resultado de la interacción entre las percepciones y las expectativas del paciente constituidas por las vivencias, actitudes y creencias personales.</p> <p>La calidad de la asistencia sanitaria significa asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, considerando los conocimientos del paciente y del servicio médico, con lo que se lograrán mejores resultados con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción en el proceso administrativo.</p> <p>La calidad asistencial tiene dos componentes: la calidad científico-técnica o intrínseca, que mide la resolución del problema, y la calidad percibida o extrínseca, que mide la satisfacción del usuario con respecto a la percepción del servicio recibido; este estudio abordará la calidad extrínseca.</p> <p>Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique serán exitosos mientras el cliente sea el definidor, evaluador, informante, coproductor, ejecutor, controlador y reformador de la calidad.</p> <p>En el ámbito de la gestión sanitaria se emplean distintos tipos de indicadores para medir la efectividad, entre los que se encuentra la satisfacción de los usuarios, definida como los juicios de valores personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que</p>

	<p>perciben en la institución hospitalaria, donde evidentemente la satisfacción está influida por las características del paciente, por sus experiencias de salud y por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales; por tanto, varía según el contexto social. Para fines de la presente investigación se consideraron las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tangibilidad (espacios físicos, equipos, personal y material de comunicación) b. Empatía (cuidado y atención personalizada) c. Seguridad (conocimiento de quehacer diario, cortesía de los empleados y confianza que transmiten) d. Fiabilidad (habilidad de desarrollar el servicio prometido) e. Capacidad de respuesta (brindar un servicio rápido)
Muestra	<p>Estudio comparativo, correlacional, prospectivo y transversal. Muestra (n = 286) aleatoria simple tomada del censo diario de los servicios de hospitalización; incluyó pacientes adultos, todos alerta en sus tres esferas y que desearon participar voluntariamente en el estudio. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL con una escala de respuesta tipo Likert, dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7.</p> <p>Para determinar el grado de satisfacción se utilizó una puntuación: 1-66 = totalmente insatisfecho, 67-88 = parcialmente insatisfecho, 89-110 = regularmente satisfecho, 111-132 = parcialmente satisfecho y 133-154 = totalmente satisfecho.</p>
Intervención y proceso medición	<p>Se utilizó el cuestionario denominado SERVQUAL con una confiabilidad por Alfa de Cronbach > 0.90;9 constituido por seis preguntas para los datos sociodemográficos y 22 para la satisfacción del paciente respecto a los cuidados deseados y percibidos; distribuido en cinco dimensiones (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía); con una escala de respuesta tipo Likert dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7.</p> <p>Para determinar la validez del instrumento en la población mexicana se adaptaron las preguntas al castellano y su aplicación a través de una prueba piloto.</p> <p>Se analizaron los datos en el programa SPSS versión 17 a través de frecuencias y porcentajes para género, grado académico, estado civil; y media de edad, tiempo de hospitalización y puntuación total de satisfacción y las dimensiones.</p>
Resultados	<p>El 54.5% eran hombres; la media de edad fue de 49.9 + 17 años. El 57% refirió estar totalmente satisfecho y el 20.6% está parcialmente satisfecho con la atención de enfermería; se asocia más con la fiabilidad (r = 0.941, p = 0.000). Los hombres están más satisfechos que las mujeres (t = -1.04, gl = 284, p = 0.295); los pacientes con</p>

	<p>educación superior están más satisfechos. ($F = 0.580$, $gl = 284$, $p = 0.629$).</p>
<p>Discusión</p>	<p>En esta investigación se coincide con las conclusiones y discusiones de otras que así mismo tuvieron en cuenta variables similares a las que se abordaron:</p> <p>En un estudio español, los resultados más relevantes mostraron que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia de los cuidados y la capacidad técnica son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido, variables que se corresponden con las dimensiones del presente estudio, lo que hace notar que la calidad asistencial es percibida de igual forma, independientemente de la región geográfica.</p> <p>Se coincide con Miraa y cols al afirmar que las causas de satisfacción del paciente son la capacidad de respuesta, el confort de las instalaciones (tangibilidad) y la empatía; es de resaltar que esta última variable obtuvo la puntuación más alta en nuestro estudio, lo que demuestra que las expectativas del paciente no se centran únicamente en el tratamiento de la enfermedad; necesitan que se les atienda de manera integral, es decir, que también se perciban sus sentimientos y se aligere su carga emocional derivada de la estancia hospitalaria.</p> <p>Los resultados de esta encuesta son satisfactorios en todas sus dimensiones; no obstante, la fiabilidad es un punto clave que no debemos olvidar, ya que la misión de las instituciones hospitalarias es otorgar atención de calidad y calidez a los usuarios, independientemente de su género, edad o nivel académico. Otra circunstancia a considerar es que los pacientes anteponen la atención personalizada y la capacidad de las enfermeras para otorgar cuidados, a las instalaciones físicas, infraestructura o equipo tecnológico.</p> <p>La atención a los pacientes debe ser integral, y la información referida por los pacientes o sus familiares acerca de su percepción de la calidad de la atención otorgada es una herramienta clave para la implementación de estrategias de mejora continua.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>En el artículo hacen una clasificación de variables que determinan la satisfacción del usuario en el proceso de atención y cuidado, variables que en nuestro concepto son relacionadas de manera coherente y que tienen que ver con la percepción de la calidad de la atención en una institución hospitalaria.</p> <p>Se habla de integralidad en la atención cuando se interrelacionan puntos básicos como instalaciones, seguridad, rapidez en la atención y que sea personalizada, calidez humana, oportunidad, conocimientos y habilidades técnico - científicas; cada uno de los</p>

	atributitos mencionados hacen que el paciente y su familia reconozca y se identifique con la atención ya que el servicio de la salud debe caracterizarse por la humanización permanente y la capacidad de adaptarse al medio, la población atendida y las necesidades que se presenten y que van muy de la mano con la evolución de las comunidades y de cómo aprovechen los recursos (económicos, políticos, geográficos, sociales, ambientales, etc.)
--	---

36. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.36 La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio multicéntrico
Autor y Año	Autores: Germán Fajardo-Dolci, José Meljem-Moctezuma, Francisco Venegas-Páez, Ignacio Villalba-Espinosa, Héctor Aguirre-Gas. Año: 2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico Artesamisa en línea
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Castillo, Fernando Campaña, et al. "La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio multicéntrico Satisfaction of oncologic patients hospitalized in centers with and without service of palliative cares: multicentric study." Nure Investigación 2.66 (2013).
Objetivo del artículo	Conocer la satisfacción de los cuidados recibidos en los pacientes oncológicos avanzados ingresados en los hospitales Sant Jaume de Calella, Sant Rafael de Barcelona y el Sant Lorenzo de Viladecans, según tengan o no unidad de cuidados paliativos, durante el año 2012. Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal.
Palabras Clave	Satisfacción del Paciente, Enfermo Terminal, Neoplasia, Cuidados paliativos, calidad de vida.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-	En los últimos años en España se ha producido un rápido crecimiento de los programas y servicios de cuidados paliativos (CP) como respuesta a la gran demanda y al creciente interés del sistema sanitario para responder a la misma. No obstante, mejorar La accesibilidad a los CP y la



planteamiento problema)	<p>calidad a la atención recibida sigue siendo uno de los retos de la atención sanitaria.</p> <p>Los objetivos principales de los CP son: responder a las necesidades del enfermo y familia, aliviar el dolor y otros síntomas que producen sufrimiento sin alargar o acortar la vida, mejorar la calidad de vida del paciente, dar apoyo psicológico, social y espiritual y proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.</p>
Muestra	<p>La población a estudio son los pacientes oncológicos avanzados ingresados en las 4 unidades anteriormente descritas en un año, (de marzo 2012 a marzo 2013).</p> <p>Teniendo en cuenta que en el año 2010 ingresaron:</p> <p>En el Hospital de Calella: 3680 pacientes en MI, de los cuáles 122 pacientes eran con diagnóstico oncológico y 39 pacientes con enfermedad paliativa oncológica. En la UMEP ingresaron 340 pacientes de los cuales hay censados 106 pacientes como paliativos oncológicos.</p> <p>En el Hospital San Rafael: 2563 pacientes, 7 de las cuáles eran por diagnóstico oncológico -En el Hospital de Viladecans: 1577 pacientes en MI, de los cuales 80 eran con diagnóstico oncológico.</p> <p>Teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción ($p=0.5$) la muestra se calcula en 191 pacientes. Pero debido a una estimación del 15 % de pérdidas nos veremos obligados a incrementarla, siendo el tamaño muestral definitivo de 224 pacientes entre los tres centros. El muestreo será no probabilístico y de caso consecutivo hasta alcanzar el tamaño muestral.</p>
	<p>La recogida de datos se cumplimentará de Marzo de 2012 a Marzo del año 2013. Se creara un registro donde se anotarán las variables secundarias de cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión del estudio. El séptimo día, como mínimo, de hospitalización (pues se entiende que tienen que pasar unos días para tener opinión respecto a la atención asistencial), y con previo consentimiento informado, se les pasará el cuestionario de forma indirecta con el que evaluaremos las variables principales (CV y SC). Éste será preguntado por un miembro del equipo investigador, quien también explicará en qué consiste el cuestionario al sujeto</p>

<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>investigado y a su familia, en el caso de que la hubiese. En el momento de realizar la encuesta el paciente debe estar solo en la habitación, ya que si hay presencia familiar podría influir en sus respuestas. El hecho de pasar el cuestionario de forma verbal permite incluir los pacientes que no puedan leer y/o escribir. No se informará del estudio a las enfermeras responsables de la asistencia en ningún turno para evitar sesgos en su comportamiento. Además cada investigador llevará a cabo su labor en un hospital que no sea el propio para que los resultados sean lo más imparciales posible.</p> <p>Las variables principales a estudiar son la presencia o no de servicio de paliativos, la satisfacción de cuidados y la calidad de vida de los pacientes a estudio.</p> <p>Las variables secundarias son sexo, edad, pap score, motivo de ingreso, diagnóstico oncológico y procedencia de ingreso</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables. Para las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación típica, rango y amplitud) y se comparan mediante la prueba de t-Student, y para las categóricas una distribución de frecuencias con sus intervalos de confianza (95%), se medirá la asociación entre ellas a través del cuadrado</p>
<p>Discusión</p>	<p>La modificación del cuestionario implica el que no se puedan comparar los resultados obtenidos con otros estudios similares, siendo éste punto una limitación a tener en cuenta en el estudio.</p> <p>Posible sesgo al saber los compañeros de trabajo que se está realizando el estudio y por ello tengan mayor cuidado en la realización de sus tareas con los pacientes oncológicos avanzados. Para evitarlo los profesionales de la unidad no serán informados del periodo de inicio y no participaran en la recogida de datos.</p> <p>Las diferencias importantes de tamaño muestral entre centros. Las diferencias estructurales que pueden influenciar la percepción de cuidado.</p>



Análisis Personal	<p>Es percibido desde tiempo atrás , el aumento de patologías asociadas al cáncer, patologías que generan desgaste y dolor tanto para el portador como para las personas que se encuentran a su alrededor, esto hace que el tratamiento paliativo sea una opción para mejorar la calidad de vida de los involucrados, para lograr un programa exitoso de mejoramiento en la satisfacción y calidad de vida se requiere brindar información y comunicación adecuada que le brinden al paciente ser escuchado y proporcionar apoyo emocional para así propiciar la toma de decisiones con respecto al modo de morir dignamente.</p> <p>Un programa de tratamiento paliativo efectivo que genere satisfacción en el núcleo familiar y el paciente, debe ser construido e implementado bajo tres premisas, control de la sintomatología, cubrimiento de las necesidades emocionales y sociales y por último educación sobre aspectos del cuidado de su patología.</p> <p>Todas las herramientas o estrategias implementadas para mejorar la percepción de la enfermedad son de gran impacto en la atención asertiva, ya que ayudan a las instituciones a minimizar costos, mejorar eficiencia y asegurar un desenlace aceptable de la enfermedad, disminuyendo las quejas y opciones de error.</p>
--------------------------	--

37. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.37 Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México
Autor y Año	<p>Autores: Citlali García Gutiérrez, Irma Cortés Escarcéga</p> <p>Año: 2012</p>
Ubicación del artículo (base datos)	Google Académico Artesamisa en línea
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Gutiérrez, Citlali García, and Irma Cortés Escarcéga. "Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México." Revista CONAMED 17.1 (2012): 18-23.



Objetivo del artículo	Evaluar la percepción del usuario, le permite al centro hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria.
Palabras Clave	Percepción del usuario, trato digno por enfermería, calidad de atención.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La percepción del usuario es considerada como un conjunto de conceptos y actitudes que construye a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades, por lo tanto el trato digno por enfermería que el usuario recibe constituye un indicador de calidad.</p> <p>La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos.</p>
Muestra	Se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional, en un hospital de segundo nivel del Estado de México, con muestreo probabilístico estratificado por servicio y turno. La muestra fue de 90 usuarios hospitalizados por un periodo mayor a 48 horas en los servicios de Ginecoobstetricia (GO), Cirugía General (CG) y Medicina Interna (MI). La distribución por servicio se fraccionó proporcionalmente: 49% corresponde a usuarios del servicio de GO, 32% a CG y 19% a MI. Respecto al turno, la muestra se dividió en tres estratos, al turno matutino correspondieron 34 usuarios, al vespertino y nocturno 28 usuarios a cada uno. Se incluyó a los pacientes de ambos sexos, conscientes, en un rango de edad de 18 a 60 años, eliminando a aquellos que no contestaron alguna de las preguntas o se negaron a contestar el instrumento.
	El instrumento utilizado fue el formato número 1 de recolección de datos "Trato Digno" de la Secretaría de Salud, La Percepción del usuario se estableció desde totalmente



Intervención y proceso medición	inadecuada de 11 a 22 puntos, inadecuada de 2 a 33 puntos, adecuada de 34 a 44 puntos hasta totalmente adecuada de 45 a 55 puntos. Se sometió previamente a una prueba piloto a usuarios hospitalizados en instituciones de segundo nivel que cumplieron con los criterios de inclusión y se obtuvo un alfa de Cronbach de .781. Posteriormente se realizó la recolección de datos en la población de estudio durante abril y mayo del 2010.
Resultados	La edad promedio es de 29 años, 62% fueron mujeres, 38% tiene la secundaria concluida. El 91% percibió un Trato Digno Adecuado, 90% manifiesta haber sido tratado con respeto. Existen diferencias en la percepción del usuario entre los diferentes turnos, no así en el servicio. Los usuarios varones percibieron de mejor nivel el trato digno por enfermería en comparación con las mujeres.
Discusión	<p>La percepción del usuario del trato digno de enfermería fue adecuada en 91%, 90% de los usuarios aseguran haber sido tratados con respeto. Estos resultados difieren con los de Puebla Viera, en donde 51.9% de su población manifestó nunca haber sido tratados con respeto durante su atención. El 84.4% de los usuarios del presente estudio, manifestó estar satisfecho con los servicios de enfermería, lo cual coincide con los resultados de Ramírez Sánchez quien concluyó que 81.2% percibió una buena atención, ubicando al trato personal en 23.2% como factor predisponente, para que la calidad de los servicios sea percibida como buena.</p> <p>Sin embargo, en cuanto a las actividades técnicas evaluadas por el indicador de calidad TDE, los resultados vislumbran una percepción del usuario como inadecuada, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Jiménez y Villegas, quienes concluyen en su investigación realizada en un nosocomio de tercer nivel, que los usuarios reciben una explicación mínima de los procedimientos que le realizan, pues 13% mencionó que fue nula y sólo 42% recibió educación para la salud. Así lo asegura también Bautista Luz, al haber obtenido en su investigación las ponderaciones más altas por su importancia para el paciente, el hecho de que se le explique sobre su proceso salud enfermedad, implicando la necesidad de recibir educación, como una de las intervenciones prioritarias de la atención de enfermería.</p>



Análisis Personal	<p>El estudio observacional para determinar las falencias percibidas en la atención, constituye una herramienta asertiva de detección de necesidades de intervención, permitiendo evidenciar de manera específica los baches relacionados con la atención y la percepción del usuario.</p> <p>Es importante resaltar que cuando se manifieste mediante la observación una atención no adecuada refiriéndonos al trato del personal hacia el usuario, se deben plantear planes de mejoramiento en los cuales se vislumbre la necesidad de fortalecer las bases teórico prácticas del personal (capacitación) y generar alternativas para interiorización que permitan fortalecer las actitudes comportamentales que apoyen el proceso enfocados en la prestación de una atención humanizada y trato digno.</p>
--------------------------	---

38.

MATRICES PARA ANALISIS DE ARTICULOS

Título	2.38 Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears
Autor y Año	<p>AUTOR: O. Sans Tous², J. M. Vicens Gómez¹, A. Bosch Fitzner¹, J. Llobera Cànaves¹, M. Gayolà Zahm², M. Seguí Galván², J. Mateu Sbert³</p> <p>AÑO: 2011</p>
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico UTN Repositorio digital
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Tous, O. S., Gómez, J. V., Fitzner, A. B., Cànaves, J. L., Zahm, M. G., Galván, M. S., & Sbert, J. M. (2011). Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears. Medicina balear, 26(3), 46-54.
Objetivo del artículo	Conocer el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en los Hospitales del Servicio de Salud e identificar los elementos de mejora de la organización.
Palabras Clave	Programas estadísticos, nivel de satisfacción, red sanitaria.
	La calidad percibida en la prestación de servicios



<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>asistenciales es un elemento determinante en el resultado de la atención sanitaria y, por ello, reviste especial importancia su medición. Este aspecto se recoge en la mayoría de modelos y sistemas de calidad como puedan ser la ISO 9001, el modelo EFQM, la Joint Comission, etc.</p> <p>En el ámbito hospitalario, se han utilizado diversas técnicas, desde buzón de sugerencias o análisis de reclamaciones hasta técnicas cualitativas más complejas como estudios de análogos¹.</p> <p>No obstante, el método que sigue siendo más frecuente son las encuestas de satisfacción, especialmente en el estudio de pacientes hospitalizados. Los cuestionarios administrados directamente a pacientes han demostrado ser una herramienta útil para valorar la satisfacción del usuario, que tiene en cuenta sus expectativas de atención y el grado en que su propia experiencia hospitalaria las cubre.</p> <p>La mayoría de los cuestionarios se basan en una estructura de respuesta tipo Likert que permite ordenar los sujetos en base a sus respuestas a lo largo del continuo "favorable/desfavorable"². Esta es la técnica que se ha utilizado para medir la satisfacción en los hospitales públicos de las Illes Balears. Hasta la fecha, cada hospital realizaba su propia encuesta, con diferencias tanto en las preguntas del cuestionario como en la escala empleada y el método de entrevista.</p> <p>Esta situación permitía conocer la satisfacción de cada hospital aunque impedía una comparación clara de los resultados obtenidos, lo que imposibilitaba extraer conclusiones e identificar las mejores prácticas. En este sentido y por primera vez, tanto la Conselleria de Salut i Consum como el Servei de Salut y los propios centros asistenciales mostraron la necesidad de realizar un estudio de satisfacción que permitiese, además de conocer el grado de satisfacción, la comparación entre centros.</p> <p>Además este estudio permitiría a las Illes Balears situarse al nivel del resto de comunidades autónomas en cuanto a la exposición pública y transparencia³⁻⁴ de los resultados de satisfacción de cada uno de los hospitales.</p>
--	--

	<p>La red hospitalaria pública de las Illes Balears está compuesta por 7 hospitales de agudos, los cuales durante el año 2010 tuvieron un total de 77.909 ingresos con una ocupación de 76,8%, y 3 hospitales sociosanitarios, con 2.268 ingresos y una ocupación del 93,1% en el año 2010.</p>
Muestra	<p>Entrevista telefónica realizada a los pacientes dados de alta entre los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2010 mediante un cuestionario de 21 preguntas con un rango de 0 a 10 para todos los hospitales de la red asistencial pública de agudos y media y larga estancia.</p>
Intervención y proceso medición	<p>El análisis se realizó mediante la utilización de los programas SPSS 16.0 y Excel 2007. Se obtuvo la distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central (media y mediana) así como su dispersión (desviación estándar, máximo y mínimo), para cada una de las variables.</p> <p>Para evaluar la posible asociación entre la percepción de la atención global con algunas de las variables encuestadas, se realizaron diagramas de dispersión y se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para medir la intensidad y la dirección de la posible asociación</p>
Resultados y Discusión	<p>De las 1.326 llamadas telefónicas se pudieron realizar 694 entrevistas lo que supone un 52,3% de respuestas. Los resultados muestran un grado de satisfacción global de 8,35 (8,25-8,46) con un intervalo de confianza del 95%, siendo los aspectos mejor valorados la amabilidad del personal médico y de enfermería, mientras que los peor valorados fueron las instalaciones y la comida. En cuanto a los comentarios abiertos de mejora, un 30% de los entrevistados manifestaron su insatisfacción con la comida.</p>
Análisis Personal	<p>Por lo general las mediciones de satisfacción realizadas a los pacientes se realiza de modo escrito mediante encuesta sea presencial o telefónica en el estudio realizado en las Islas Baleares se pudo determinar que un amplio porcentaje de pacientes aprecia y valora la atención y el buen servicio y en contraposición se quejan por la mala alimentación y la infraestructura.</p> <p>La idea es que las valoraciones o métodos para obtener una respuesta efectiva y sincera de los usuarios debe ser lo mas eficiente y amable posible para que de este modo la información obtenida sea de calidad y sirva de punto de partida para la toma de decisiones.</p>

--	--

39. MATRICES PARA ANALISIS DE ARTICULOS

Título	2.39 El sistema de vigilancia de la satisfacción del paciente. Misión Médica Cubana. República Bolivariana de Venezuela
Autor y Año	Autores: DraC. Ana Teresa Fariñas Reinoso ^I , Dra. Irene Álvarez Alonso ^{II} , Lic. José Rafael Sánchez Méndez ^{III} , Dra. Rosa María Báez Dueñas ^{IV} , Dra. Ariagna Martínez Pérez ^V , Dra. Raquel García ^{VI} , Lic. David Pérez Núñez ^{VII} , Lic. Olga Lidia Barrera López ^{VIII} , Tecn. Nilda López Mederos ^{IX} . Año: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico UTN Repositorio digital
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Reinoso, D. A. T. F., Alonso, I. Á., Méndez, J. R. S., Dueñas, R. M. B., Pérez, A. M., García, R., ... & Mederos, T. N. L. El sistema de vigilancia de la satisfacción del paciente. Misión Médica Cubana. República Bolivariana de Venezuela. 2011.
Objetivo del artículo	Diseñar el sistema de vigilancia de satisfacción de la población en la Misión Médica Cubana en Venezuela
Palabras Clave	satisfacción, misión médica cubana, vigilancia en salud
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El diseño de un sistema de vigilancia para la satisfacción que alerte sobre la calidad de los servicios brindados es sin lugar a dudas una de las áreas de desarrollo más importante de la salud pública. Entre los propósitos de los sistemas de vigilancia se encuentran: recolectar y elaborar informes fiables, que permitan hacer estimaciones acerca de la incidencia y prevalencia geográfica y estacional de las enfermedades, detectar la aparición de enfermedades nuevas y emergentes, predecir cambios en la evolución y futuras tendencias, ayudar a definir o reorientar políticas y planes de salud, formular las

medidas adecuadas según el nivel compatible y evaluar la bondad de las medidas de control planteadas¹. Son estas últimas las que más se aplican en la vigilancia de la satisfacción de la población con los servicios prestados

Vigilancia es el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos, sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, que serán utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de Salud Pública, que incluye como elementos básicos, la disseminación de dicha información a quienes necesiten conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles»².

Para varios especialistas del tema, la vigilancia se puede clasificar en: vigilancia pasiva que es aquella que el especialista no ejecuta personalmente la acción para obtener la información, esta se obtiene directamente de los registros ya establecidos, vigilancia activa cuando el especialista ejecuta personalmente la búsqueda de la información específica objeto de vigilancia, independientemente de que el enfermo o la persona acude al servicio y se anote o registre el dato rutinariamente y la vigilancia epidemiológica especializada que es la que se realiza a un problema de salud en particular, debido a compromisos internacionales o prioridades nacionales, campañas de eliminación o erradicación, enfermedades transmisibles de notificación individual, entre otras. Este tipo de vigilancia puede utilizar elementos de la vigilancia pasiva y activa, se caracteriza por una rápida detección, inmediata acción y prevención específica³.

Para diseñar un sistema de vigilancia es necesario tomar en cuenta una serie de elementos que permitirán su mejor comprensión⁴. Después de haber identificado los diferentes componentes del sistema, se deben detallar los subsistemas de diagnóstico clínico, laboratorio, estadístico, epidemiológico, técnico material y el subsistema comunitario. Cada uno de los subsistemas respondía a siete preguntas básicas: ¿Qué se vigila? ¿Cómo se realiza? ¿Quién o quiénes participan? ¿Dónde se realiza? ¿Cómo es? (detallar los procedimientos a utilizar) ¿Cuándo? ¿Cuál es el producto final?

Existe una cadena de asociaciones entre satisfacción con la



atención médica, eficiencia en los servicios de salud, incremento en la productividad, desarrollo económico y aumento progresivo en el nivel de vida⁵. La insatisfacción de la población con los servicios de salud puede crear una disminución de la calidad de la vida, toda vez que constituye una razón frecuente para no solicitar ayuda médica.

Los pacientes disponen de diversas vías para valorar en qué medida la competencia técnica del médico y del servicio en general se está aplicando en su caso, su principal vía es la evaluación que hacen del grado de interés que el médico manifiesta por su caso en la relación interpersonal que establezca y que se expresa concretamente en el nivel de satisfacción que el médico engendre en la relación socio - psicológica con los individuos, las familias y la comunidad^{6 7}

En la medida en que exista mayor armonía entre las expectativas referidas a la calidad de la atención y las condiciones reales que se manifiestan en la prestación del servicio de atención médica, se obtendrá un mayor grado de satisfacción con la gestión del sistema en la población atendida^{8 9}.

La opinión constituye una de las vías para expresar las expectativas creadas por un individuo o colectivo sobre los servicios de salud y es entendida como: todo juicio expresado de forma oral o escrita acerca de algo o alguien y que puede ser obtenida de forma espontánea o a través de cualquier técnica de exploración, tanto de la población como de los propios prestadores, ya que estos, en especial los usuarios, constituyen el elemento más sensible en el que se pueda comprobar la efectividad de las estrategias, programas y las acciones que se ejecutan.

A mediados del año 2003, comienza el desarrollo de la Misión Médica Cubana «Barrio Adentro» en la República Bolivariana de Venezuela, constituyendo un gran reto al trabajar unido con un sistema de salud público deteriorado y no integrado, recayendo en los médicos cubanos la responsabilidad de llevar la salud a los lugares mas recónditos de todo el país.

La Misión Barrio Adentro ha arribado a su octavo año de trabajo y se hace necesario la consolidación de sus objetivos de trabajo, reconocer e identificar cuáles son los logros, así

	<p>como las debilidades que aún presenta el sistema de atención médica brindada por los cubanos en Venezuela, esto es una premisa insoslayable.</p> <p>Apreciar cómo se sienten con los servicios prestados los pacientes y acompañantes venezolanos, es tarea esencial para dar el salto necesario en la atención a la población, contar con un sistema de vigilancia de la satisfacción de la población pondrá en manos de los directivos las situaciones más apremiantes para lograr una toma de decisiones oportunas y adecuadas.</p>
<p>Muestra</p>	<p>Tipo de estudio. De desarrollo.</p> <p>Universo. Misión Médica Cubana.</p> <p>Técnicas utilizadas.</p> <p>Revisión documental y bibliográfica sobre la situación actualizada de los sistemas de vigilancia y en especial los relacionados con la satisfacción en Cuba, Venezuela y America Latina.</p> <p>La entrevista a los principales especialistas que trabajan en los centros de coordinación y análisis nacional que son los encargados de esta vigilancia.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se diseñaron tres subsistemas que respondieron a las siguientes preguntas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo se identifica la satisfacción o no de los pacientes y sus familiares atendidos por los servicios médicos cubanos a través de la vigilancia activa (encuestas a los servicios)? 2. ¿Cuál es la satisfacción de los pacientes atendidos y sus familiares por los servicios médicos cubanos a través de la vigilancia pasiva (buzones, quejas y sugerencias)? 3. ¿Cómo se comporta la satisfacción con los servicios prestados según la prensa escrita venezolana? <p>Las premisas de trabajo del sistema de vigilancia incluyen</p>

	<p>garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, mantener un alto grado de confiabilidad de la información, mantener un intercambio de trabajo con todas las áreas que sean necesarias, confeccionar las salidas de información que permiten dar a conocer el trabajo realizado y retroalimentar con los usuarios la calidad, flujo y periodicidad de la información emitida.</p>
<p>Resultados y Discusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se diseña un sistema de vigilancia de la satisfacción de la población atendida por los servicios médicos en la Misión Barrio Adentro en la República Bolivariana de Venezuela. • El sistema propuesto está compuesto por tres subsistemas, el de buzones, encuestas y la vigilancia de la prensa escrita. • Se confecciona un boletín de salida mensual el cual se hace llegar a más de 30 usuarios, el sistema de vigilancia responde a su entrada, proceso, salida y retroalimentación. Se definen para cada sistema qué eventos son objeto de vigilancia, quién la realiza, con qué periodicidad, en qué lugar, cómo se procesa la información y cuál es producto final de salida.
<p>Análisis Personal</p>	<p>Lo mas interesante de este estudio e investigación es que se pretenden levantar líneas bases en salud y especialmente en satisfacción del cliente o usuario, estos análisis permitirán obtener resultados concretos y reales.</p> <p>Este tipo de estudios permite afianzar las relaciones entre paciente, médicos y estado, ya que se construyen políticas públicas a través de los resultados obtenidos.</p> <p>Cuando los gobiernos y los mandatarios entiendan que sobre la imposición y sobre la ignorancia no se construye desarrollo se lograra una verdadera equidad, puesto que los mandatarios y el estado deben estar al servicio de los ciudadanos.</p>

40. MATRICES PARA ANALISIS DE ARTICULOS

Título	2.40 Relación médico-paciente y tecnología médica: Una visión personalista
Autor y Año	AUTOR: Dr. Jorge H. Suardíaz Pareras AÑO: 2011
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico UTN Repositorio digital
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Bascuñán, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Revista médica de Chile, 133(1), 11-16.
Objetivo del artículo	Se pretende estimar y analizar como cada vez se aparta mas el paciente de los médicos y como la tecnología y las políticas delimitan las barreras, deshumanizando los servicios de salud.
Palabras Clave	Bioética, deshumanización, productividad, bienestar.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La ciencia y la técnica ofrecen hoy, como nunca antes, enormes posibilidades de modificar la realidad en que vive el hombre –y también al propio hombre-. La tecnología médica es cada vez más capaz de introducirse en los eventos más esenciales del ser humano: el origen de la vida; el inicio y la calidad de la misma; la salud y la enfermedad; el dolor, el sufrimiento y la muerte. En el cambiante contexto cultural, sociológico, económico y político del mundo actual, el concepto de salud ha adquirido nuevas connotaciones¹, al igual que nuestra interpretación del derecho a recibir asistencia sanitaria por parte de todos los seres humanos sin excepción:</p> <p>En 1978, la Conferencia de Alma-Ata, asumiendo las conquistas de la sociología médica, definió un sistema de tres niveles de salud (primario, secundario y terciario) y vinculó el concepto de “Salud para todos en el 2000” al nivel primario, que definió como aquel que permite una vida económica y socialmente productiva. Es decir, que si en la definición de</p>



	<p>1946 la salud se identificaba con bienestar, en esta declaración se identifica con productividad: de un bien de consumo, pasa a ser un bien de producción². Sin embargo, estas grandes posibilidades que se abren ante nosotros, tienen también su lado oscuro: si bien es cierto que esos progresos han cambiado el destino del hombre, a veces nos preguntamos si siempre y en todos los casos, lo han mejorado. Sin hablar de las muchas –y bien conocidas- circunstancias negativas, de orden político, económico y social, que imperan en el mundo de hoy, la propia medicina parece haberse vuelto prepotente y se ha alertado contra el peligro de su despersonalización; hay quien ha afirmado que “nunca como en este momento, estuvo la ciencia médica tan cercana a la enfermedad y tan lejana del enfermo”³. Al mismo tiempo, la insatisfacción entre los pacientes se puede apreciar en el aumento de críticas –e incluso demandas- por mala praxis y la búsqueda de terapias alternativas a las clínicamente establecidas. Esta es, sin duda, una de las grandes antinomias del mundo sanitario en los comienzos del siglo XXI.</p> <p>Se hace evidente, por todo lo anteriormente expuesto, la necesidad de establecer una visión única, integradora, de la persona, que se plantee ante todo no subestimar la condición humana del paciente. La atención sanitaria desarrolla su servicio precisamente muy cercana a la persona, al servicio de sus bienes más preciados. Es por ello que este campo de ejercicio profesional experimenta hoy los embates y tensiones del proceso de deshumanización que sufre nuestra sociedad global. A continuación, se intentará hacer una somera revisión de los retos y perspectivas a las que nos enfrentamos, en la búsqueda de una atención sanitaria verdaderamente humanizada.</p>
Muestra	Artículo de opinión revista BIOETICA.
Intervención y proceso medición	Experiencias del autor durante su vida profesional y citas de autores y escritores que han profundizado en estos temas bioéticos de la satisfacción de los pacientes.
	Es evidente que en el mundo actual la importancia de la relación médico-paciente se relega cada vez más a un segundo plano, reemplazada por las amplias posibilidades que nos ofrecen las tecnologías “de punta” aplicadas a la atención sanitaria. A menudo se habla de ella con nostalgia,

<p>Resultados y Discusión</p>	<p>como de algo que pertenece a un pasado romántico; pero no como lo que realmente es: un bien precioso que se está perdiendo. Se tiende a reducir este encuentro a una mera formalidad, olvidando que la verdadera calidad de la medicina está condicionada por la forma en que tiene lugar.</p> <p>El paso a una concepción verdaderamente humana, se encuentra en el nivel intersubjetivo: la contraposición entre apatía y empatía. La primera, implica incapacidad para sentir y acoger las señales de la enfermedad y el sufrimiento en los demás; por el contrario, la empatía implica la aptitud para ponerse en la situación del otro, lo que hace que se sienta el mundo como él lo siente. A partir del desarrollo de esta disponibilidad empática, se abre un nuevo modo de estructurarse para una relación terapéutica realmente sanante. El profesional sanitario –el médico en primer lugar-, en su ejercicio junto al enfermo, tiene que actuar con una adecuada certidumbre moral en su quehacer ante esa persona. De lo contrario, no estará profesando la medicina: será sólo un técnico que repara algo que no funciona correctamente.</p> <p>Los avances tecnológicos han contribuido a tomar esta posición, pero no constituyen el único factor; la moral asumida ante la persona enferma es el hilo conductor para alcanzar una fructífera y efectiva relación médico paciente.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>El análisis realizado en este artículo resulta interesante al tenerse en cuenta la relación de los médicos con los pacientes y donde esta relación se ha venido perdiendo con el tiempo; por un lado por las nuevas tecnologías y también por el sistema de salud que estandariza y condiciona la relación que debe existir entre medico paciente.</p> <p>En los tiempos actuales se hace importante reestablecer las relaciones perdidas, ya que los aspectos de salud se constituyen en aspectos sociales e interpersonales donde el paciente debe tener la confianza para hablar con sus médicos y el médico tener la disponibilidad suficiente para escuchar al cliente o paciente.</p>

41. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.41 Participación social y calidad en los servicios de salud: la Experiencia del aval ciudadano en México. Social participation and quality of health care: the experience of citizens' health representatives in Mexico
Autor y Año	AUTOR: Gustavo H Nigenda - LópezI. Clara Juárez-Ramírez José A Ruiz-LariosIII. Cristina M HerreralV AÑO: 08-jul-2012
Ubicación del artículo (base datos)	Google académico SCIELO Rev Saúde Pública
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Nigenda-López, G. H., Juárez-Ramírez, C., Ruiz-LariosIII, J. A., & HerreralV, C. M. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. Rev Saúde Pública, 47(1), 44-51.
Objetivo del artículo	Analizar la experiencia del aval ciudadano en el sistema de salud mexicano en la mejora de los servicios de salud.
Palabras Clave	Calidad de la Atención de Salud. Participación Comunitaria. Participación Social. Investigación Cualitativa. Quality of Health Care. Social Participation. Qualitative Research.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	El aval ciudadano (AC) es una estrategia institucional de participación social en salud en México, promovida para fomentar la confianza de usuarios de servicios médicos en instituciones de salud públicas y privadas. La estrategia fue implementada en 2001 en el marco del programa nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS). El AC puede ser una persona, grupo o institución académica que se incorpora a vigilar el proceso de mejora de los servicios de salud. Es elegida en función de su reconocimiento y prestigio social en el contexto local, para fungir como garante de un buen servicio de salud. La figura del AC en la actualidad está ligada al proceso de implantación del Sistema de Protección Social en Salud

	<p>(SPSS), el cual tiene como antecedente inmediato las reformas de salud iniciadas en México en la década de los 80 y que en 2003 derivaron en su creación.</p> <p>En el Informe Sobre la Salud en el Mundo 2010,12 la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluye que el mecanismo para lograr la cobertura universal de salud en los países de ingresos bajos y medios es la participación social en el esquema de prepago.</p>
<p>Muestra</p>	<p>La recolección de datos se realizó durante 2008 en ocho estados de México. Las unidades de observación fueron centros de salud que otorgan atención ambulatoria de primer nivel. Se eligieron dos por estado, uno acreditado y otro no acreditado en zonas rurales y urbanas, para contrastar la situación de aquellas unidades que contaban con AC en comparación con las que no contaban con él.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Se privilegiaron fuentes de información primarias. En cada centro de salud, se eligieron tres tipos de informantes, los cuales aportaron datos de acuerdo con su experiencia en el nivel de análisis buscado: a) Avaes Ciudadanos; b) Personal de salud y c) Usuarios afiliados y no afiliados al Seguro Popular, los cuales se correspondían con las unidades acreditadas y las no acreditadas, respectivamente.</p> <p>Se utilizaron tres tipos de técnicas de recolección de información: entrevistas individuales semi-estructuradas (con médicos y enfermeras), entrevistas grupales (con los usuarios) y observación no participante. Para cada técnica, se diseñaron guías de entrevista y de observación.</p> <p>En total se visitaron 16 centros de salud. Se entrevistaron ocho avales ciudadanos, 14 enfermeras y cuatro médicos. Participaron 80 usuarios de servicios de salud en 16 entrevistas grupales. Se elaboraron 16 reportes de observación no participante.</p> <p>Para la interpretación de los hallazgos, se construyeron categorías. Para los AC: perfil del AC; funciones en los centros de salud; rol en las unidades médicas. Para los usuarios: perfil de los usuarios; significado de la calidad de la atención; problemas frecuentes en el centro de salud; mecanismos de participación. Para el personal de salud: opinión sobre la participación del AC; dificultades para</p>

	<p>proporcionar una mejor atención médica.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Se exponen los avances y problemas del funcionamiento del aval ciudadano, figura que promueve la participación social en salud de la población.</p> <p>Las personas que participaban como AC provenían de diversos ámbitos: los de zona rural eran mujeres dedicadas a su hogar, con escolaridad promedio de educación básica, tenían experiencias previas de participación comunitaria y destacaban por haber colaborado en diferentes comités de salud; los de zonas urbanas eran personas con mayor escolaridad.</p> <p>Los profesionales de la salud que laboraban en centros de salud acreditados de la zona urbana señalaron la colaboración de los AC en la aplicación de encuestas de satisfacción de los usuarios, lo cual ayudaba a monitorear la calidad en el servicio. Sin embargo, no conocían con suficiencia la estrategia de la CNCSS ni señalaron en qué beneficiaría a la unidad en el futuro.</p> <p>La falta de capacitación sobre calidad de la atención, la insuficiencia de recursos humanos en la unidad médica y la deficiencia en la estructura de las unidades, eran los principales obstáculos para proporcionar atención médica de mayor calidad en ambos contextos. El personal de enfermería coincidió en la necesidad de tener reconocimiento a su trabajo que lo motivara a mejorar su práctica. Asimismo, se enfatizó en la rotación frecuente de los médicos, en la falta de instrumental adecuado y en el desabasto de medicamentos.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Las limitaciones del análisis son típicas de los estudios cualitativos y están relacionadas a la muestra restringida de entidades federativas y de unidades de salud que no representan el papel del AC de todo el país. La selección de informantes se realizó solamente a partir de la identificación de su rol en las actividades relacionadas al AC. Esto pudo haber introducido sesgos interpretativos, los cuales buscaron ser controlados a través del análisis triangulado de las versiones de informantes.</p> <p>Es necesario informar al personal de salud respecto a la importancia de la figura del AC en relación a la acreditación de las unidades médicas. Las necesidades de los centros de salud son diferentes según se ubiquen en zonas rurales o</p>

	<p>urbanas. Existen situaciones relacionadas con la calidad de la atención que se presentan en ambos escenarios (por ejemplo el tiempo de espera, el trato que se otorga al paciente y la falta de medicamentos), pero existen otras (por ejemplo, la falta de atención especializada) relacionadas con la ubicación Geográfica de la unidad. La disparidad observada entre el contexto urbano y el rural, explica la queja de los usuarios sobre el largo tiempo de espera para ser atendidos y la noción del personal de enfermería sobre necesitar un reconocimiento a su esfuerzo cotidiano.</p> <p>En Colombia, se ha buscado que el sistema de salud relacione la participación social con la calidad de los servicios de salud. La Ley 100 que dio paso a la reforma del sistema de salud incluye el derecho de los ciudadanos a participar en decisiones en la salud y crear canales de queja ciudadana ante la insatisfacción por la atención recibida. Estos canales se operan desde el sistema jurídico y la figura de queja recibe el nombre de tutela, quien se ha convertido en un elemento de debate nacional en relación a su papel como garante de los derechos del usuario.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Las instituciones de salud deben contar con un equipo de trabajo que permita prestar servicios de salud con altos estándares de calidad. Para lo anterior se hace necesario contar con los siguientes criterios que son necesarios para lograr las metas u objetivos propuestos dentro de la organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transforma la cultura organizacional, basando las relaciones en principios y valores. • Contribuye a fortalecer el apoyo emocional y las relaciones humanas entre los usuarios y el equipo de salud. • Forma líderes en el mejoramiento continuo de la calidad. • Genera confianza entre los clientes sobre los resultados que se alcancen con los procesos asistenciales y administrativos. • Reduce costos innecesarios en la prestación de servicios. <p>Lo anterior logra que se pueda llegar a la acreditación siendo este integrado por diferentes elementos interrelacionados, que permiten definir de manera estructurada el proceso administrativo, pues logra involucrar a cada una de las áreas funcionales y personas tanto internas como externas que intervienen de una u otra manera en el desarrollo de las funciones de la entidad, y los orienta hacia el alcance de unas</p>

	<p>mismas metas y objetivos.</p> <p>En el Sistema General de Seguridad Social en Salud los procesos y procedimientos de calidad deben generar un valor agregado a la organización como es ser eficiente y prestar servicios de calidad con un alto nivel de estándares y contención de costos, convirtiéndose en un reto de supervivencia, a la vez que es la oportunidad de cumplir a cabalidad con los propósitos para los cuales se han creado los diferentes estamentos que constituyen el sistema.</p>
--	---

42. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	<p>2.42 La asistencia en la Salud de la Familia bajo la perspectiva de los Usuarios</p> <p>Assistance in Family Health From the Perspective of Users</p>
Autor y Año	<p>Autor: Silvana Martins Mishima, Flavia Helena Pereira, Silvia Matumoto, Ana Carolina Campos, Maria Márcia Leite Nogueira Domingos</p> <p>Año: Junio 2010</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>Google académico</p> <p>SCIELO</p>
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>Mishima, S. M., Pereira, F. H., Matumoto, S., Fortuna, C. M., Pereira, M. J. B., Campos, A. C., & Domingos, M. M. L. N. (2010). Assistance in family health from the perspective of users. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3), 436-443.</p>
Objetivo del artículo	<p>El análisis temático de contenido se utilizó para analizar el material empírico.</p>
Palabras Clave	<p>Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud; Satisfacción del Paciente; Servicios Básicos de Salud.</p>
	<p>A Salud de la Familia (SF), estrategia adoptada por el Ministerio de la Salud de Brasil, viene siendo implementada en todo el país, desde 1994, con la finalidad de viabilizar cambios en la lógica del actual</p>

<p>Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)</p>	<p>Modelo asistencial de carácter biomédico, curativo, individualizado y fragmentado en acciones. En ese período de implantación, una de las críticas presentada se refiere a la manutención de su núcleo de trabajo – también médico-centrado – que no cambió cualitativamente el perfil de los servicios; se actúa apenas en la estructura de los servicios y no en el proceso de trabajo.</p> <p>Para este cambio de lógica del proceso de trabajo en la SF, aparece la necesidad de contar con instrumentos que posibiliten actuar en la atención individual y colectiva, incluyendo acciones de prevención de daños, promoción de la salud, así como aquellas relacionadas a la organización del proceso de trabajo y que impliquen en la monitorización y evaluación de la atención prestada.</p> <p>En la presente investigación utilizamos para el análisis de la satisfacción del usuario en relación al asistencia prestada por una unidad de Salud de la Familia, las siguientes dimensiones de la satisfacción: relacional (respeto, consideración, acogimiento, gentileza, preocupación, amistad, cortesía), organizacional (organización de los servicios), profesional (tiempo usado en la consulta, informaciones suficientes y claras, comunicación entre los profesionales y los usuarios), socioeconómicas (aspectos relacionados a las condiciones de vida de las personas), cognitiva (Concepción de los usuarios, entendimiento sobre la lógica de funcionamiento del servicio).</p>
<p>Muestra</p>	<p>Fueron entrevistados 40 usuarios de familias registradas por la USF, seleccionadas por informantes clave y muestreo por bola de nieve. El análisis temático de contenido se utilizó para analizar el material empírico. Los entrevistados son mayoritariamente mujeres, con más de 50 años, residentes en el área de alcance de la unidad, entre 10 y 30 años, tienen enseñanza primaria incompleta y no ejercían trabajo fuera del domicilio.</p>
<p>Intervención y</p>	<p>Se trata de un estudio de carácter descriptivo y abordaje cualitativo. El campo de investigación fue Ribeirao Preto (estado de Sao Paulo–Brasil) que posee una amplia red pública de prestación de servicios de APS y servicios especializados en distintos niveles de atención. En el año de 2005, cuando se realizó el estudio, el municipio contaba con 14 equipos de Salud de la Familia.</p> <p>Para la recolección de datos, se realizó entrevista semiestructurada, que constaba de cuestiones generales relativas a la caracterización del declarante y otras dirigidas a la utilización del servicio, como por ejemplo: motivo de la búsqueda del servicio de salud, posibilidad de atención en otros servicios públicos, facilidad para la atención</p>



proceso medición	<p>médica, de enfermería, tiempo de espera, informaciones ofrecidas, conocimiento de las actividades ofertadas, ocurrencia de problemas surgidos en las atenciones recibidas en la unidad de salud; así como Sugerencias para la mejoría de la atención prestada.</p> <p>Para el análisis de los datos relativos a las variables dirigidas a la caracterización general de los sujetos de la investigación, fue elaborado un banco de datos con auxilio del software Excel, verificándose la frecuencia simple de las variables. En cuanto a los aspectos cualitativos, estos fueron analizados según el análisis de contenido, en su modalidad temática, buscándose las convergencias, divergencias y lo inusitado, en las declaraciones provenientes de las entrevistas. En el proceso de análisis fueron identificados tres temas: el acceso a la unidad de salud de la familia, la interacción del usuario con el equipo, las sugerencias en cuanto a la organización de la unidad de Salud de la Familia.</p>
Resultados y discusión	<p>El proceso histórico de los abordajes en el área de la APS indica “la emergencia de la atención como mecanismo de ampliación de acceso a los servicios indispensables para la manutención de la salud de los individuos”. La APS como primer nivel de atención, articulada a otros niveles, presupone la constitución de una red integrada de servicios de salud siendo, aquel que funciona como puerta de entrada en el sistema para atender, a lo largo del tiempo, las necesidades y problemas de salud de las personas (no dirigidas apenas a la enfermedad), coordinando o integrando los otros tipos de atención ofrecidos en algún punto del sistema de salud. Así, el acceso se refiere a la posibilidad de utilizar los servicios de salud cuando necesario, además de expresar características de la oferta que facilitan u obstruyen la capacidad de las personas para usar los Servicios de salud cuando necesitan de ellos. La oferta de servicios y su distribución geográfica, la disponibilidad y la calidad de los recursos humanos y tecnológicos, los mecanismos de financiamiento, el modelo asistencial y la información sobre el sistema, son características de la oferta que afectan el acceso.</p> <p>La interacción entre el usuario y el equipo se presenta, tanto en la expectativa de “buenos encuentros” que los usuarios esperan tener en la unidad de salud, como en la insatisfacción de la relación que se presenta, principalmente con el médico. Un primer aspecto a ser destacado, se refirió a que la unidad de salud está abierta y “a las órdenes de la población”, dando todo el apoyo posible: ... es de cierta forma, buscando atenderlos con mayor apoyo posible dentro de las condiciones de ellos.</p>

Análisis Personal	<p>Es uno de los artículos que nos ha llamado más la atención ya que apunta directamente a la atención al usuario donde la interpretación que le damos es que la orientación de la gestión debe estar basada en la satisfacción de sus usuarios por medio de un trabajo responsable, con calidad y de autocontrol que sumado a la tecnología pueda ofrecer a la comunidad una atención más segura garantizando el mejoramiento continuo en todos los procesos.</p> <p>El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias. Este sistema mira a la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que esta brinda, como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente, introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario.</p> <p>Cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Esta transición de los prestadores de servicios hacia el enfoque de satisfacer las necesidades de sus usuarios, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y promover acciones de mejoramiento.</p>
--------------------------	--

43. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.43 Valoración del índice de satisfacción de los familiares sobre calidad de atención en las unidades críticas de adultos en el h.n.e.r.m – essalud
Autor y Año	Autores: Dra. Victoria Llaja Rojas, Dr. César Sarria Joya, Lic. Marina Salazar Cahuana, Giuliana Salazar Álvarez. Año: Mayo 2009
Ubicación del artículo (base)	El Servier.es



datos)	
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Dra. Victoria Llaja Rojas, Dr. César Sarria Joya, Lic. Marina Salazar Cahuana, Giuliana Salazar Álvarez Valoración del índice de satisfacción de los familiares sobre calidad de atención en las unidades críticas de adultos en el h.n.e.r.m – essalud 2009.
Objetivo del artículo	<p>Medir cuál es el índice de satisfacción de los familiares en las Unidades de Cuidados Críticos de adultos.</p> <p>Comparar el nivel de satisfacción entre los grupos de familiares de pacientes con estancia breve y prolongada.</p> <p>Establecer si el índice de satisfacción se incrementa con la hospitalización prolongada, gracias a un enlace de mayor comunicación terapéutica y empática, con el personal asistencial.</p>
Palabras Clave	Índice de satisfacción, Calidad de atención, Estancia Breve y prolongada.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él. En este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto. El significado del vocablo pasa a ser equivalente al significado de los términos: excelencia, perfección.</p> <p>El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de las empresas. De allí que los procedimientos, han ido evolucionando, sobre todo durante estos últimos tiempos; lo cual ha sido a su vez ocasión para que se pusieran de relieve determinados matices involucrados en el concepto de calidad.</p> <p>Si tomamos en cuenta que un centro hospitalario siempre es visto como un sitio hostil y determinados servicios del mismo despiertan de manera característica un nivel de ansiedad moderado como son Oncología, Cirugía, Anestesiología, Sala de operaciones, y en nuestro caso el Servicio de Medicina Intensiva, emplear a la familia como “referente situacional”, así como elemento de refuerzo o cambio, para mejorar la calidad de un servicio nos parece útil y beneficioso en la atención integral del paciente crítico, así como para elevar el costo-beneficio de los tratamientos en general y técnicas médicas y psicoterapéuticas en particular, en las Unidades del Dpto. de Medicina Intensiva.</p>
Muestra	El universo de la muestra encuestada corresponde a todos los familiares directos de nuestros pacientes hospitalizados, uno por familia, separándolos en 2 grupos:

	<p>_ Familiares de pacientes con estancia breve, (hasta 11 días de hospitalización).</p> <p>_ Familiares de pacientes con estancia prolongada (a partir de 12 días).</p> <p>Así mismo se tenía como criterio de administración, que el familiar haya recibido mínimo 2 informes médicos, sucesivos, del Intensivista de Guardia o Jefe de Guardia, y que a su vez haya sido informado, sobre las normas y características del manejo de un paciente en UCI, por el Servicio de Psicología de la Unidad correspondiente.</p> <p>Es un estudio descriptivo – comparativo, para lo cual se ha administrado una Encuesta de Satisfacción (Ver sección Anexos, archivo encuesta) dirigida a los familiares de los pacientes hospitalizados en las 3 Unidades Críticas del Dpto. de Cuidados Intensivos: 2C, 7BUCI, y 7BUCIN. Se realizó en el periodo comprendido de mayo a diciembre del 2009.</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>Es un estudio descriptivo – comparativo, para lo cual se ha administrado una Encuesta de Satisfacción (Ver sección Anexos, archivo encuesta) dirigida a los familiares de los pacientes hospitalizados en las 3 Unidades Críticas del Dpto. de Cuidados Intensivos: 2C, 7BUCI, y 7BUCIN.</p> <p>Se realizó en el periodo comprendido de mayo a diciembre del 2009.</p> <p>Se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 17), en la comparación de los grupos, estancia breve y prolongada, de las 3 Unidades Críticas. Y se utilizó medidas no paramétricas en la confirmación de las hipótesis planteadas, como en la comprobación del periodo de tiempo para ver la existencia de algún cambio, según la estancia, en el índice de satisfacción de los familiares.</p>
<p>Resultados</p>	<p>El índice de satisfacción de los familiares en las Unidades de cuidados críticos de adultos tiene un promedio global de 72,61 ± 15,97%, manteniéndose dentro de niveles similares en cada una de los servicios del Departamento de Cuidados Intensivos.</p> <p>El índice de satisfacción de los familiares en las Unidades de Cuidados Críticos de adultos sólo alcanzó diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,037$) en la prueba Chi cuadrado entre los resultados obtenidos entre el 2C UCI (47.6 %) y el 7B-UCIN (35.7 %).</p> <p>Así mismo el índice de satisfacción de los familiares en la Unidades de cuidados críticos de adultos según estancia breve o prolongada tuvo un promedio similar al global de 72,61 ± 15,97%, sin</p>

	<p>encontrarse diferencia estadísticamente significativa entre ambas.</p>
<p>Discusión</p>	<p>En la Encuesta del Índice de satisfacción de la calidad del servicio aplicada a los familiares de nuestros pacientes de las Unidades Críticas de Adultos, hemos considerado algunos parámetros de los antecedentes de estudios realizados en el exterior que habla sobre el Trato Digno como una dimensión de la calidad de la atención médica, en ello se incluye : el Respeto a los Derechos Humanos y a las características de la persona, la información completa, veraz, oportuna entendida por las personas responsables del paciente; amabilidad entre otros.</p> <p>Otro estudio (Pérez Cárdenas, M. y otros, 2004) que respecto a las Condiciones Medio ambientales; se debe contar con una sala de espera acondicionada y una sala de información más amplia e iluminada; condición que también ha sido registrada como sugerencia viable en el desarrollo de nuestra encuesta. Otros resultados coinciden en la necesidad de ampliar el tiempo de permanencia con su familiar; así como de mayor puntualidad en el ingreso de la visita diaria de familiares al área clínica.</p> <p>Estas variables agrupan un conjunto de indicadores necesarios para evaluar el grado de satisfacción del Usuario (familiar, o acompañantes) de cualquier Centro de Salud. De allí que hemos establecido como prioritario realizar mediciones de la calidad de servicio impartida, en las Unidad Críticas de un centro hospitalario de nivel IV, como es el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>Para el éxito en las instituciones de salud, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios y su familia, lo que implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas promoviendo acciones de mejoramiento de acuerdo a la necesidad detectada.</p> <p>El adoptar un enfoque centrado en el usuario y su familia requiere un cambio de actitud y un cambio en la mirada de la gestión de los servicios, pues muchas organizaciones de salud, históricamente han visto al usuario como un destinatario pasivo de los servicios o productos. Por tanto, se deben poner todos los recursos a trabajar armónica y coordinadamente con el objetivo de llenar las necesidades del usuario. ¿Quién si no él, es la razón de ser cuando prestamos servicios de salud? ¿De qué valen los conocimientos más</p>

	<p>avanzados, especializados y la tecnología más sofisticada; si no se va a mejorar o por lo menos a mantener el estado de salud del paciente?</p> <p>El otorgar prioridad máxima al usuario y su familia es clave, para mejorar la calidad de los servicios de salud, al orientarse hacia ellos, se reconoce que sus inquietudes y preferencias son válidas e importantes, no se puede perder de vista su expectativa frente al trato, independiente de que el prestador y el profesional de la salud sea el experto.</p> <p>En vista de lo anterior, es preciso responder a las necesidades de los usuarios y su familia en un marco de calidad y equidad, lo que requiere de organizaciones humanizadas que dispongan y organicen sus recursos para trabajar coordinadamente y en equipo, para sus ellos, buscando un armónico equilibrio entre la ciencia, entre la tecnología útil y la que no afecta la condición del paciente; y la búsqueda permanente del mejor equilibrio entre beneficio y riesgo, dados unos recursos, evitando lo que sea lesivo para el paciente.</p>
--	---

44. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	<p>2.44 Dimensioning The Quality of Health Care Services (Karabuk State Hospital Service Quality Dimensions as an Example of Measurement Application)</p> <p>Dimensionando La Calidad de los Servicios de Salud (En el Hospital Estatal de Karabuk Dimensionando la calidad como ejemplo de aplicación de medición)</p>
Autor y Año	<p>Autores: Nurullah SOYHAN; Nuran ILKUTLU; Ahmet SEKRETER</p> <p>Año: 2014</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>ibsu.edu.ge</p>
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>Soyhan, Nurullah, Nuran Ilkutlu, and Ahmet Sekreter. "Dimensioning The Quality of Health Care Services (Karabuk State Hospital Service Quality Dimensions as an Example of Measurement Application)." <i>Journal of Business</i> 2.1 (2014): 39-44.</p>

Objetivo del artículo	Evaluar las dimensiones de la calidad del servicio del servicio de emergencia, policlínicas y clínicas médicas, colocando por delante las expectativas y percepciones de los clientes y la satisfacción del cliente como base de la medición de la calidad del servicio.
Palabras Clave	Dimensiones de la calidad, los servicios de atención de la salud, la medición de la calidad, calidad, calidad total
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	Hoy en día, el rápido desarrollo del sector de servicios, aumenta la necesidad de realizar inteligencia competitiva y comparativa, las personas son mucho más sensibles a la calidad de los servicios de salud. Las instituciones de salud se encuentran focalizadas en esforzarse cada vez en mejorar la calidad en el servicio de atención, en cumplir las expectativas de los clientes y las percepciones, mientras ellos cada vez más comienzan a realizar evaluaciones de la calidad del servicio más exigentes día a día.
Muestra	Los datos para el análisis fueron obtenidos en dos etapas. Las entrevistas cara a cara se realizaron con 450 personas para determinar las dimensiones de la calidad del servicio a través de las expectativas de los clientes y sugerencias para la institución y en la segunda fase fue la aplicación de cuestionarios realizados a 785 personas las cuales midieron las dimensiones determinadas durante la primera fase.
Intervención y proceso medición	<p>La selección de la muestra se realiza aleatoriamente, en la primera fase del estudio, se realizó un estudio con 450 personas y se enfocó en el análisis de las quejas, las expectativas y sugerencias recibidas como la realización de los datos. La encuesta consistió en solamente preguntas abiertas. Las variables independientes en el problema fueron: edad, sexo, nivel de educación, y el servicio de la unidad.</p> <p>De acuerdo con datos de la encuesta se encontraron problemas frecuentes, como las expectativas inconclusas y recomendaciones de Consulta Externa del Hospital Estatal Karabuk Calidad de emergencia.</p>
Resultados	<p>Luego de aplicar las encuestas, la institución queda con el objetivo de mejorar la dimensión de la comodidad en el plan estratégico de 3 años y las actividades planificadas que tienen como objetivo aumentar la calidad de la comodidad.</p> <p>En la calidad del servicio de emergencia, el 62% de los valores aplicaron a mejorar las dimensiones de tiempo, comodidad, tamaño 66% e inferior al 70%, la dimensión de comodidad mejorada por el sistema de triage que entra en</p>

	servicio por garantizar que los pacientes tengan acceso a los servicios de acuerdo con la prioridad de urgencia y mediante la mejora de los arreglos de espacio físico en el Servicio de Emergencia.
Discusión	Por medio de la medición de la calidad del servicio, la institución utiliza los recursos del hospital de una manera más eficiente, reduce costos, aumenta las expectativas del cliente y las percepciones, gana ventaja competitiva, mejora la calidad de la atención de la salud servicio prestación a través de la planificación. De esta manera, la institución ha proporcionado beneficios en el entorno cada vez más competitivo.
Análisis Personal	La calidad de los servicios de atención de la salud, no sólo en términos de los proveedores de salud y pacientes, es un tema importante en términos de los gobiernos. La atención de salud de calidad contribuye a la gente a ser una persona más saludable y más feliz.

45. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.45 Reorganización del sistema de entrega de turnos para optimizar el Talento Humano y mejorar la satisfacción de los usuarios que demandan atención en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital Baeza.
Autor y Año	Autores: Quizanga Moreno Juan De Dios Año: 2013
Ubicación del artículo (base datos)	Minsa.gov.pe
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Moreno, Quizanga, and Juan de Dios. "Reorganización del sistema de entrega de turnos para optimizar el Talento Humano y mejorar la satisfacción de los usuarios que demandan atención en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital Baeza." (2013)
Objetivo del artículo	El objetivo de este trabajo fue diseñar e Implementar un proceso de reorganización del sistema de asignación de turnos en el servicio de consulta externa, como estrategia

	para optimizar los recursos profesionales de las cuatro especialidades básicas del centro de salud hospital Baeza y mejorar la satisfacción del usuario.
Palabras Clave	Reorganización de turnos, optimización Talento humano, mejora de la satisfacción de usuario, consulta externa, triage
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	En la actualidad y por la transformación del Estado en el que se encuentran inmersas todas las instituciones de salud, se debe tomar en cuenta una serie de factores como la exigencia de los clientes, la carencia de la administración en los servicios que con lleva a una baja calidad percibida por los usuarios, afectando directamente a los grupos más vulnerables.
Muestra	<p>Los usuarios externos lo conforman los pacientes que acuden para ser atendidos al servicio de Consulta Externa del Hospital Baeza, una muestra de 150 encuestas, seleccionadas al azar durante cinco días de observación y aplicación de los instrumentos de investigación, actividad que fue realizada una vez finalizada la atención. Los usuarios internos lo conforman las personas involucradas en el proceso de atención de la Consulta Externa.</p> <p>Este estudio utilizó la investigación cualitativa porque permite una interrelación entre las percepciones de los usuarios internos y externos en el proceso de atención ambulatoria en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital de Baeza.</p> <p>Con la participación de los actores locales, se planificó un cronograma de reuniones y actividades en las que se utilizaron técnicas cualitativas y se estableció un consenso para definir las alternativas de solución al problema; se aplicaron encuestas semiestructuradas a los usuarios internos y externos para conocer el nivel de satisfacción, tanto al inicio del proceso como al final de la intervención.</p>
Intervención y proceso medición	La metodología utilizada tiene como base la investigación-acción con un enfoque descriptivo (con antecedentes de la investigación realizada en el Módulo de Campo). Se realizó como primer paso la elaboración del diagnóstico situacional de salud, que posteriormente se socializó a los actores locales y se prosiguió a la ponderación de problemas, en donde se eligió un problema de salud que a la población le interesaba, con la participación de los actores locales del cantón. Se

	<p>elaboraron las estrategias de acción para operativizarlas durante el proceso de este estudio.</p> <p>Este trabajo de investigación posibilitó evidenciar la necesidad de elaborar un marco teórico en relación al tema, el mismo que permitió en forma organizada y analítica mejorar la situación actual del sistema de asignación de turnos, mediante un proceso de triaje con el propósito de desarrollar estrategias locales para mejorar la accesibilidad, optimizar la capacidad resolutive de los profesionales especialistas y generalistas, enfocando alternativas que permitan disminuir el tiempo de espera y la demanda rechazada.</p>
<p>Resultados</p>	<p>En la investigación se encontraron los siguientes resultados: A partir de Implementar el proceso de organización del sistema de asignación de turnos en el servicio de consulta externa, el jefe de Consulta externa es el responsable de realizar el triaje necesario, de 150 usuarios encuestados el 30% (45) son direccionados a Medicina general, 27% (41) Ginecología, 12,67% (19) Pediatría, 12% (18) Odontología, 10% (15) Cirugía, 5,33% (8) Medicina Interna, 2,67% (4) Traumatología. En estos meses de investigación de las 150 encuestas el 73,33% (110) reciben atención en menos de 30 minutos, 24% (36) entre 30 a 60 minutos, y un 2,67% (4) de 2 a tres horas. En el periodo comprendido entre enero a junio del año 2011 se registran 5 pacientes que no fueron atendidos en ningún servicio. Los datos demuestran que de los 150 encuestados el 90,67% (136) están satisfechos con la calidad del servicio y el 9,33% (14) insatisfecha.</p>
<p>Discusión</p>	<p>Para que este modelo de atención y de servicio probado en el contexto particular del Centro de Salud Hospital Baeza, gane validez se debe cumplir varios prerrequisitos, tanto en aspectos operativos como administrativos- financieros dentro de la organización de los servicios de salud. Un prerrequisito fundamental es lograr que los profesionales de la salud reconozcan la necesidad de un cambio. Esto plantea barreras, ya que se trata de redistribuir el poder tradicional y abandonar el “rol de experto” que domina el modelo biomédico-curativo. El estudio presentado demuestra que un servicio de salud puede generar nuevas propuestas respecto a la organización de los servicios de salud.</p> <p>El resultado del proceso y/o modelo de triaje es garantizar la optimización de los recursos profesionales, así como la</p>

oportunidad y continuidad de la atención, fortaleciendo redes de servicio que articulen sus diferentes niveles de complejidad.

Es importante señalar que los escenarios propuestos suponen una llegada del paciente a la hora de inicio de la distribución de turnos, además los pacientes llegan equitativamente en las horas de atención, con lo que se consigue disminuir el tiempo de espera a menos de 30 minutos en el 73,33% de los casos, y entre 2 a 3 horas en el 2,67% de usuarios que residen en zonas lejanas, cumpliendo con el objetivo propuesto por el MSP que el tiempo promedio de espera para recibir atención médica debe ser menor a una hora.

En la Consulta Externa del Hospital del IESS de la ciudad de Riobamba, el 43,37% de los pacientes califica de regular el tiempo de espera de atención, el 38,55% la califica de lento y el 18,07% piensa que es rápido. En conclusión, el afiliado necesita un tiempo promedio de espera de 4 horas 28 minutos 43 segundos desde que llega al Hospital Hasta que sale.

La demanda no se satisface por completo, como ejemplo citamos lo observado en el año 2010 para la especialidad de Ginecología donde 152 usuarios quedaron sin atención, mientras que en el año 2011 para la misma especialidad una vez establecido el proceso y/o modelo de triage planteado en el presente trabajo, solo 33 usuarios quedaron sin atención del especialista, para la especialidad de pediatría en el año 2010 existen 109 pacientes que no recibieron atención médica, contrastando con lo acontecido en el 2011 ya establecido el proceso y/o modelo de triage, donde solo 28 niños no reciben la atención de especialidad, vale destacar que con el nuevo modelo la demanda rechazada por especialidad es atendida por un médico general encargado de la demanda rechazada, quedando 5 personas sin atención médica durante nuestra investigación. Guarda una ligera relación con lo ocurrido en el trabajo de investigación en el Centro de Atención primaria Calderón, en septiembre del 2011, que el 46% de los encuestados cree que la demanda rechazada ha disminuido en un alto grado, el 36% en poco y el 18% en nada, con lo que ayudamos verificar nuestro estudio (Obando Landázuri, Centro de Atención Primaria Caldero).

Análisis Personal	<p>En los últimos años se ha masificado el uso de desarrollos tecnológicos en el sector salud como alternativas de mejoramiento de la atención, las cuales responden a las soluciones requeridas de organización, las cuales impulsan al usuario a sentirse equitativamente tratado.</p> <p>El artículo condensa los resultados obtenidos en la reorganización del sistema de entrega de turnos para los usuarios que acceden al servicio de consulta externa (digiturno), este tipo de implementaciones acarrear consigo ventajas, como fluidez, veracidad y oportunidad en la asignación del turno de atención y optimización del recurso humano, etc.</p> <p>El análisis de despliegue de estas alternativas, como la plasmada en el párrafo anterior, se hace fundamental puesto que la capacidad instalada de las entidades permanece constante pero las atenciones presentan un comportamiento creciente, lo que deriva el uso prioritario de herramientas que permitan optimizar la capacidad y recurso humano. Llevando a la disminución de costos, mejoramiento de la calidad en la atención e incremento de la satisfacción de los usuarios.</p>
--------------------------	--

46. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.46 Satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de urgencias en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado durante el 2010
Autor y Año	<p>Autores: Vásquez Cárdenas Jenny Cristina, Vásquez Castillo Nubia Lourdes, Martínez Zapata Laura Natalia, Díaz Garavito María Victoria</p> <p>Año: 2010</p>
Ubicación del artículo (base datos)	uccedu.co
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Cárdenas, Jenny Cristina Vásquez, et al. "Satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de urgencias en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado durante el 2010."Avances de investigación: Memorias de la iv Jornada de Investigación, 2010: 355.



Objetivo del artículo	Crear una base de datos, y realizará un análisis cuantitativo con medidas de resumen y de dispersión, con tablas y gráficos de acuerdo con el nivel de medición de las variables presentadas con el fin de conocer el nivel de satisfacción de los pacientes que utilizan dicho servicio
Palabras Clave	Calidad, odontología, satisfacción, servicio de salud, urgencia.
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En Colombia, el sistema de salud está legislado por la Ley 100 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993), que la organiza bajo el Sistema General de Seguridad Social, y a su vez las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ips) son reglamentadas por la Resolución 1043 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006), Resolución 2680 del 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007) y la Resolución 3763 del 2007 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007), en las cuales se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.</p> <p>Para ello, Donabedian evalúa la calidad de los servicios haciendo énfasis en la satisfacción de los usuarios desde tres categorías fundamentales, tales como componente técnico, componente interpersonal y componente del entorno con sus comodidades (1966). En primera instancia, la satisfacción constituye uno de los indicadores de calidad de los servicios de salud, más importante al considerar la percepción que tiene el paciente sobre el servicio al que acude; para el prestador la atención está orientada a la plena satisfacción de los usuarios y, por lo tanto, serán los encargados de hacer la evaluación, sobre lo que piensan y sienten los respecto a la atención, además de conocer sus expectativas para establecer y validar un servicio con calidad, y aplicar estrategias que lleven a un mejoramiento en la prestación del servicio, orientando los servicios hacia las necesidades de los pacientes.</p>
	A través de un estudio observacional, transversal y

Muestra	descriptivo, tomando como referencia a los pacientes que asisten al servicio de Urgencias, la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia en Envigado, creará una base de datos, y realizará un análisis cuantitativo con medidas de resumen y de dispersión, con tablas y gráficos de acuerdo con el nivel de medición de las variables presentadas con el fin de conocer el nivel de satisfacción de los pacientes que utilizan dicho servicio.
Intervención y proceso medición	Mediante encuestas telefónicas y personales se recopiló la información necesaria para la medición de las variables de satisfacción con relación al servicio prestado en la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia.
Resultados	Se conoció el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia es del 75%. Adicionalmente, se aportó información a la facultad como insumo para futuros planes de mejoramiento en la prestación del servicio. Además, el proyecto aporta a la formación en investigación de los estudiantes de pregrado de odontología pertenecientes al semillero de investigación en la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado.
Discusión	No todos los pacientes que asisten a la Universidad Cooperativa de Colombia - Facultad Odontología, se encuentran satisfechos lo que manifiestan constantemente por las dificultades de acceso y oportunidad, se deben esclarecer cuales son las causas de dicha insatisfacción, priorizarlas y mitigarlas
Análisis Personal	Las manifestaciones de los usuarios como causa de insatisfacción se deben priorizar y establecer los planes que permitan mitigar estos, cuando las causas son direccionadas a las dificultades de acceso y oportunidad, se deben analizar opciones de mejora, que impacten la atención, pues una ubicación distante del punto central geográfico de las atenciones hace que los usuarios perciban la lejanía como una razón de insatisfacción; Los esfuerzos y estrategias implementadas en cada una de estas oportunidades de mejora no son homogéneos de entidad a entidad, todas se centran en el usuario. Los avances presentados en las últimas décadas sobre las estrategias de mercadeo en salud, hacen que se

	<p>implementes estrategias como nuevas cedes mejor ubicadas con mayores beneficios visuales que incentiven a los usuarios a hacer uso de estos y realización de actividades de fortalecimiento de estructuras organizacionales fundamentadas en la comunicación asertiva con el fin de minimizar las falencias de oportunidad y mejorar el trato con los usuario.</p>
--	---

47. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	<p>2.47 VALUATION OF SATISFACTION WITH CARE PATIENTS AFFECTED PROCESS OF PATHOLOGY OF CHRONIC SPINE</p> <p>Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes con patología crónica del raquis</p>
Autor y Año	<p>AUTOR: M. C. García Ameijeiras¹, M. V. Ribera Canudas², A. Gómez Garrido¹, J. Medel Rebollo², E. Márquez Martínez², X. Buxó Masip¹ y A. Candela Custardoy</p> <p>AÑO: 2011</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>Google académico UTN Repositorio digital</p>
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>Ameijeiras, G., Canudas, R., Gómez Garrido, A., Medel Rebollo, J., Márquez Martínez, E., Buxó Masip, X., & Candela Custardoy, A. (2011). Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectos de patología crónica del raquis. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 18(4), 228-234.</p>
Objetivo del artículo	<p>Conocer la satisfacción de los pacientes después de recibir tratamiento y valoración conjunta por un equipo multidisciplinar.</p>
Palabras Clave	<p>Satisfacción paciente. Calidad percibida. Consultas externas.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento)	<p>La importancia de la satisfacción de los pacientes es, en la actualidad, una prioridad en los sistemas sanitarios avanzados, formando parte tanto de las agendas de los responsables de salud, como de las propias organizaciones de pacientes, y ha sido previamente demostrada en diferentes trabajos. La correlación entre la satisfacción del paciente y la</p>

<p>problema)</p>	<p>adhesión al tratamiento, así como posiblemente una mejora de su estado de salud, ha sido sugerida en varios estudios.</p> <p>Además, evaluar la satisfacción de los pacientes es a la vez una herramienta útil para medir la calidad de la asistencia sanitaria recibida.</p> <p>La mayor supervivencia de nuestra población conlleva asimismo la mayor duración y evolución de enfermedades crónicas del aparato locomotor, altamente incapacitantes y generadoras de dolor. Estos pacientes suelen padecer tiempos de espera más o menos prolongados entre las visitas de los diferentes especialistas y la realización de las exploraciones complementarias necesarias que les son solicitadas.</p> <p>Para mejorar la eficiencia en la atención a estos pacientes nos planteamos establecer un canal específico de atención conjunta por parte de la unidad del dolor y el servicio de rehabilitación de nuestro hospital.</p> <p>Posteriormente, se les propuso responder, de forma voluntaria, a una encuesta de satisfacción con el objetivo de conocer su percepción del proceso asistencial, medir el grado de satisfacción, y a la vez identificar posibles problemas en la atención que permitiesen establecer, si procedía, propuestas de mejora.</p>
<p>Muestra</p>	<p>De los 47 pacientes, 18 eran hombres y 29 mujeres, la edad media era de 62,11 años (DE 13,28) y un rango entre 35-89.</p> <p>En el 81,6% de los pacientes la clínica que presentaban correspondía a lumbociatalgia y en el 13,2% a cervicobraquialgia. El tiempo de evolución de la clínica fue de 39,1 meses (DE 21,58). La espera para esta visita conjunta fue de 3 semanas</p>
<p>Intervención y</p>	<p>Como diagnóstico principal el 42,6% de los pacientes presentaban estenosis de canal (EC), 21,3% patología degenerativa multinivel (PDM), 12,7% estenosis foraminal (EF), 2,1% hernia discal (HD), y en el 21,3% restante se sumaban diferentes tipos de diagnósticos principales.</p> <p>La intensidad del dolor, previo a realizar el tratamiento propuesto, medido mediante la Escala Analógica Visual (EVA) fue en el 88,1% severo, 9,5% moderado y 2,4% leve.</p>



proceso medición	<p>Después de aplicar el tratamiento, la intensidad del dolor fue de 24,1% severo, 51,7% moderado y 24,1 leve.</p> <p>Las terapéuticas empleadas fueron: infiltraciones epidurales (15 casos), bloqueos foraminales (9), tratamiento farmacológico (7), bloqueos facetarios (4), electroterapia domiciliaria (3), y en 9 casos se requirió la utilización de más de una técnica.</p> <p>A los 47 pacientes tras la realización de la técnica terapéutica se les administró una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida. El 97,9% de los pacientes estaban satisfechos con la atención recibida.</p> <p>A todos los pacientes se les pregunto qué era lo que más valoraban de la atención recibida y al 73,9% les pareció bien todo el proceso (la atención personal, la técnica empleada y el tiempo de espera), al 13% la atención personal, al 10,9% la técnica empleada y el tiempo de espera y al 2,2% la atención personalizada y la técnica empleada. El 76,6% de los pacientes repetirían el tratamiento y el 23,4 % no lo repetirían.</p>
Resultados y Discusión	<p>Las repercusiones que el dolor crónico tiene sobre la calidad de vida y las limitaciones que comporta para las actividades de la vida diaria han sido detalladamente estudiadas (1,2) y es un motivo continuo de análisis tanto por parte de los profesionales sanitarios como de las organizaciones de salud.</p> <p>Es por ello que hemos centrado este trabajo en el análisis de la satisfacción de los pacientes incorporando este aspecto como un dato más del proceso asistencial realizado.</p> <p>La evaluación de la satisfacción de los pacientes atendidos en los centros sanitarios es una de las medidas más clásicas para evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias.</p> <p>Entre las razones para considerar la satisfacción como uno de los indicadores más importantes de resultados del proceso asistencial, destacan las de ser un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, propiciar la adhesión de estos al proveedor de servicios y servir de instrumento para orientar las mejoras de las organizaciones sanitarias (4,5).</p>

	<p>También es conocido que en la valoración de un proceso concreto, la satisfacción del paciente se relaciona principalmente con las dimensiones que reflejan una alta calidad en la relación comunicativa médico paciente, por lo que cada vez es de mayor importancia el entrenamiento de los profesionales en habilidades sociales y comunicativas para mejorar la satisfacción de todos los actores del proceso.</p> <p>En los últimos años se ha venido hablando de “orientación hacia el usuario” para referirse a que los procesos asistenciales deben compartir estos dos objetivos: primero, que evaluación y tratamiento sean acordes a la evidencia o, al menos, apropiados para alcanzar un mínimo nivel de efectividad, y segundo, satisfacer las necesidades de los pacientes, con garantías de seguridad, tras un proceso de consentimiento informado y, por tanto, respetando sus derechos y preferencias personales, o compartiendo con sus allegados la toma de decisiones cuando proceda.</p> <p>Si bien la muestra que presentamos no es muy extensa, creemos que nuestro estudio aporta información en dos aspectos. Por una parte, ofrece una visión global de la atención recibida por el paciente con patología de raquis severa y de difícil manejo incluso en un hospital de tercer nivel, y por otra, pone de manifiesto la satisfacción con la atención recibida durante todo el proceso asistencial. Coincidimos con otros autores en que cuanto mayor es la mejoría funcional, mayor es el grado de satisfacción de los pacientes.</p> <p>Al igual que con otros estudios de tipo cualitativo, existen determinadas limitaciones que podrían condicionar la generalización de estos resultados. En primer no se ha realizado una selección estratificada por edades, sexo u otras condiciones. Este tipo de selección suele ser ventajosa ya que permite aproximarse a distintas “sensibilidades” y formas de percibir cómo se produce la asistencia sanitaria.</p>
	<p>Teniendo en cuenta que la satisfacción de los usuarios de salud es un instrumento de excelencia todas las entidades le deben apuntar al logro de este indicador ofertando servicios con excelentes profesionales que brinden tratamientos acordes a la enfermedad con aplicación de protocolos, trato</p>

Análisis Personal	<p>digno para minimizar los riesgos y así lograr la satisfacción de los usuarios.</p> <p>Uno de los aspectos que más incomoda a los pacientes es el dolor, no queremos sentir dolor ya que nos da temor y nos llena de frustración, pero el estudio realizado con el tratamiento del dolor demostró que la satisfacción de los pacientes mejoraba casi en un 50% respecto al tradicional y esto redonda directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.</p>
--------------------------	---

48. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	<p>2.48 Quality medical services in anesthesiology: some current considerations</p> <p>Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales</p>
Autor y Año	<p>AUTOR: MsC. Dr. Elvis González Pérez, Dra. C. Margarita Fernández Clúa, Dr. Derby Jiménez Serrano</p> <p>AÑO: 2011</p>
Ubicación del artículo (base datos)	<p>Google académico</p> <p>UTN Repositorio digital</p>
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	<p>González Pérez, E., Fernández Clúa, M., & Jiménez Serrano, D. (2011). Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación, 10(1), 2-11.</p>
Objetivo del artículo	<p>Puntualizar algunos conceptos de utilidad en las políticas actuales de calidad aplicadas en Anestesiología.</p>
Palabras Clave	<p>Calidad en los servicios de Anestesiología.</p>
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>En la actualidad muchos coinciden en reconocer la necesidad de mejorar la calidad de los productos y servicios para poder ser competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes. Los servicios de salud constituyen un determinante de gran importancia para el bienestar de la población y la mejora continua de la calidad, estos resulta imprescindible para lograr la excelencia en los mismos.</p>
	<p>Se considera que entre las ideas claves que puede contener</p>

<p>Muestra</p>	<p>una definición de calidad ya sea de forma explícita o implícita, figuran:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Satisfacción del cliente. · Considerar clientes internos y externos. · Producción, servicios · Adecuación para el uso. · Cumplimiento de los estándares establecidos. · Enfoque de Gestión. · Proceso de Mejora. <p>La última definición según la Organización Internacional para la Normalización (Norma ISO 9000: 2000) es la que se estableció actualmente a nivel internacional, la cual define la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes (rango diferenciador) cumplen con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria).</p>
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>En el caso de la Anestesiología, el control de la calidad se inicia con la identificación de los problemas y su cuantificación mediante la utilización de indicadores y sus estándares, mientras que la satisfacción de las expectativas (calidad percibida) por parte de los diferentes clientes resulta otro acápite de gran valor en el mejoramiento continuo de la calidad. Una vez detectadas las debilidades a superar, se deben desarrollar planes con medidas correctoras de aplicación sobre el proceso anestésico para posteriormente evaluar los resultados y de esta forma mejorar la calidad de los servicios ofrecidos.</p>
<p>Resultados y Discusión</p>	<p>La implementación de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de Anestesiología a partir de los indicadores y la satisfacción de las expectativas de nuestros clientes constituye una necesidad del momento actual.</p>
<p>Análisis Personal</p>	<p>La calidad de la atención en salud es responsabilidad de todos los que elaboran en la entidad.</p> <p>El artículo hace énfasis en la implementación de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de anestesiología. Para lograr esto todas las instituciones deben definir procesos y responsabilidades que permitan a todas las áreas involucrarse para construir políticas claras que permitan garantizar la satisfacción de sus usuarios y así asegurar la permanencia de la institución.</p> <p>Las actividades de gestión de calidad, su medición y mejora</p>

	<p>deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en las instituciones, Para conocer el nivel de calidad alcanzado y poder orientar así las acciones de mejora continua, se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante herramientas de medición que permitan su monitorización.</p> <p>De ahí la importancia de implementar indicadores medibles que permitan monitorizar continuamente los procesos e impulsar la mejora continua de la calidad.</p> <p>Lo anterior se logra si se involucra a todo el personal y se enruta hacia el logro de los mismos objetivos y se concientiza del mejoramiento continuo que debemos tener día a día.</p>
--	--

49. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.49 Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction Características de los pacientes y las dimensiones de la calidad relacionados con la satisfacción del paciente
Autor y Año	Autores: Mikael Rahmqvist y Ana-Claudia Bara Año: 2010
Ubicación del artículo (base datos)	Oxford Journals
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Rahmqvist, M., y Bara, AC (2010). Características de los pacientes y las dimensiones de la calidad relacionados con la satisfacción del paciente. Revista Internacional a la Calidad en la Atención de la Salud, 22 (2), 86-92.
Objetivo del artículo	Examinar la relación de las características de los encuestados, y la percepción de las dimensiones de calidad de la atención de salud a la satisfacción global de los pacientes en la atención hospitalaria ambulatoria.
Palabras Clave	Medición de la calidad, gestión de la calidad, satisfacción del paciente, medición de la calidad de la atención hospitalaria, contexto de la atención, determinantes, dimensiones de la calidad
Conceptos manejados en el artículo	La perspectiva del paciente es cada vez más integrada en el proceso de mejora de los sistemas de atención de salud. Cuestionarios estándar y herramientas de análisis, tales como



(Introducción-planteamiento problema)	<p>la calidad de la Paciente Perspectiva (QPP) y Calidad, Satisfacción y Rendimiento (QSP) se incorporan regularmente en encuestas a los pacientes.</p> <p>En Suecia aún no tienen la suficiente evaluación a nivel nacional de los indicadores de un buen cuidado de la salud desde la perspectiva del paciente. Por lo tanto, las discusiones y las acciones recientes han avanzado hacia la implementación de un estándar nacional para las encuestas de satisfacción de los pacientes en la atención de la salud. La expectativa es que este tipo de encuestas servirán un propósito en dos niveles; en el nivel micro, como una herramienta útil para mejorar la calidad en cada unidad de atención de la salud, y en el nivel macro, que permite la comparación entre las diferentes Diputaciones Provinciales.</p> <p>Se ha demostrado que una parte significativa de la variación de la satisfacción global del paciente puede estar relacionada con la edad y estado de salud. El estado de salud es otro factor de importancia, en general, un mayor nivel de satisfacción se encuentra en pacientes con una mejor salud en general, con la excepción de ciertos grupos de pacientes con enfermedades crónicas.</p> <p>Sobre la base de la evidencia existente en la literatura y el uso de un amplio conjunto de datos, nuestro estudio analiza la influencia de las características del encuestado y, por otro lado, la influencia de los aspectos de calidad en la satisfacción global en las diferentes áreas de atención de la salud. Además, se investigó si los pacientes informados difieren en su satisfacción general cuando las características de los encuestados como la edad, sexo y nivel de estudios son controlados en el análisis.</p> <p>En este estudio, se distingue entre los pacientes que tenían que esperar y que quedó informado de la demora a la espera y los que no recibieron ninguna información. Por lo tanto, esperamos que los pacientes que esperaron sin información informaran menor satisfacción que los que recibieron alguna información de la recepción.</p>
Muestra	Siete mil doscientos cuarenta y cinco pacientes de 20 o más años de edad respondieron a la encuesta y proporcionaron sus propias calificaciones de los cuidados en todos los centros médicos en el Condado de Östergötland, Suecia,

<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>durante un período en el 2007.</p> <p>Durante 3 semanas en febrero de 2007, una selección total se hace de los pacientes de 1 año o más que habían visitado a un médico en la atención ambulatoria a una cirugía en 1 de 11 centros médicos ubicados en tres hospitales en el Condado de Östergötland, Suecia. Se enviaron cuestionarios a cabo de 1 semana después del período de selección, a los pacientes adultos y para los padres de los niños.</p> <p>Se realizaron controles para garantizar que ningún paciente recibe más de un cuestionario, y que los cuestionarios no fueron enviados a los pacientes que llegaron a ser difunto después del encuentro en el hospital. Un total de 18 627 pacientes fueron incluidos en el estudio.</p> <p>Esta encuesta, y las otras encuestas similares de pacientes desde el año 1997 en el condado, sigue el modelo de QSP. El cuestionario ha sido desarrollado para adaptarse a la matriz de correlación que se acumula el resultado de dos dimensiones en el modelo QSP: "Importancia" (a la satisfacción) y 'Calidad' (grado de satisfacción). En el modelo de QSP original, por lo general hay sólo una pregunta para cada dimensión, y dos preguntas para construir el resultado global de satisfacción. El cuestionario incluía 50 preguntas. Las cuestiones de fondo se restringieron en número a los que se presentan aquí. Los pacientes que habían hecho una visita planeada se pidieron a 23 preguntas sobre aspectos de la calidad del encuentro. Otros grupos de pacientes, como los de atención de emergencia o cirugía abierta, también recibieron preguntas específicas adicionales.</p> <p>Las variables independientes cubren tipo de encuentro, características personales, estado de la vivienda y el uso de fuentes de información acerca de la enfermedad o problema de salud.</p>
<p>Resultados y Discusión</p>	<p>Los pacientes más jóvenes en la atención de emergencia fueron el grupo menos satisfecho (54%) y los pacientes de edad avanzada con un excelente estado de salud fueron el grupo más satisfecho (90%). Los pacientes con mejor estado de salud percibido y los que tienen menos educación eran más satisfechos que aquellos con más educación o peor estado de salud. Las dos dimensiones que más se relacionan positivamente con la satisfacción global estaban recibiendo la ayuda médica esperada y recibiendo buen trato por el médico.</p>



	<p>Para esperar en la recepción sin que la información se correlacionó negativamente con la satisfacción del paciente y la participación en la toma de decisiones médicas correlacionados positivamente.</p> <p>Los pacientes mayores son en general más satisfechos que los pacientes más jóvenes, y la mayor proporción de pacientes satisfechos se encontró en los pacientes de mayor edad que reportaron un estado de salud muy buena o excelente o que habían sido sometidos a cirugía de día. Los hombres y las mujeres por lo general tienen los mismos niveles de satisfacción de los pacientes, aunque hubo una tendencia a que los hombres a ser un poco más satisfecho.</p> <p>Las personas con una mejor percepción de salud o la educación a corto tuvieron una puntuación más alta PSI comparación con los grupos con peor salud o la educación por más tiempo. El uso de Internet como fuente de información complementaria fue una variable significativa para el resultado de la ISP en ambos grupos de edad, los pacientes informados estaban menos satisfechos. Pacientes nacidos en el extranjero estaban menos satisfechos que los suecos nativos.</p>
Análisis Personal	<p>Este artículo de revisión tiene similitud en la exposición de los resultados con otros estudios donde se hace división de los pacientes con características similares y que permiten encontrar conclusiones para nuestra propia construcción de un nuevo artículo.</p> <p>Llama la atención que los grupos de la población que con más grado de satisfacción sean las edades extremas, en este caso los adultos mayores que por sus condiciones siempre recibirán mayor atención y cuidado de parte del equipo de salud.</p> <p>Aquí también se analiza un aspecto que no se puede perder de vista y es el tiempo de espera en la atención, ya que si una persona está muy enferma y debe esperar tiempos prolongados para recibir la atención, de entrada ya tiene un factor de riesgo para calificar la atención de modo negativo.</p> <p>El último punto para analizar con respecto a este estudio es que cuando las personas tienen mayor nivel educativo, mayor es el nivel de exigencia en cuanto a la información que se</p>

	debe dar.
--	-----------

50. MATRIZ PARA ANÁLISIS DE ARTÍCULOS

Título	2.50 Nursing: A Key To Patient Satisfaction Enfermería: Una clave para la satisfacción del paciente
Autor y Año	Autores: Ann Kutney-Lee, Matthew D. McHugh, Douglas M. Sloane, Jeannie P. Cimiotti, Linda Flynn, Donna Felber Neff, and Linda H. Aiken Año: 2009
Ubicación del artículo (base datos)	NIH Public Access
Citación Bibliográfica del artículo en Vancouver)	Kutney-Lee, A., McHugh, MD., [...] and. Aiken, LH. (2009). Enfermería: Una clave para la satisfacción del paciente. NIPHA Author Manuscripts. Health Aff (Millwood). 2009; 28(4): w669 - w677.
Objetivo del artículo	Analizar la relación entre la enfermería y la satisfacción de los pacientes a través de 430 hospitales.
Palabras Clave	Enfermería, satisfacción, pacientes
Conceptos manejados en el artículo (Introducción-planteamiento problema)	<p>Las recientes reformas de pago de Medicare incluyen incentivos financieros a los hospitales que reportan datos de satisfacción del paciente mediante un común instrumento, estas reformas se moverán hacia la provisión de incentivos basados en los resultados de satisfacción del paciente.</p> <p>La satisfacción del paciente es también una parte fundamental de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) Requisitos para los hospitales dependientes de calificar para el pago total a partir del año fiscal 2008 el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) de actualización. 2 Para evitar una reducción del 2 por ciento en el pago, los hospitales deben participar en la Evaluación del Consumidor del Hospital de Proveedores y Sistemas (HCAHPS) la encuesta de Atención Médica. La encuesta HCAHPS también fue respaldada por el Foro Nacional de la Calidad en mayo de 2005. 3 La incorporación de la encuesta HCAHPS en el IPPS, pago por rendimiento (P4P) planes y sistemas de monitoreo de la calidad ha asegurado que medir</p>

	<p>e informar sobre la satisfacción del paciente es una parte importante del cuidado de la salud basada en valores. Los hospitales ahora tienen un incentivo financiero para mejorar su calidad de la atención a aumentar la satisfacción del paciente. También hay una mayor rendición pública de cuentas, ya que estos resultados se hicieron públicos para los consumidores y los contribuyentes a principios de 2008.</p> <p>La satisfacción del paciente se ha asociado en la literatura de investigación con una variedad de factores de enfermería, pero hasta incentivos de pago recientes, muchos hospitales no han tomado nota. Los estudios han vinculado la satisfacción del paciente con los niveles de dotación de personal de enfermería-, una mayor proporción de enfermera registrada (RN) la combinación de capacidades, enfermeras ambiente de trabajo y la colaboración RN-médico. Este estudio es el primero en examinar la contribución de las enfermeras ambientes de trabajo para la satisfacción del paciente a partir de datos nacionales HCAHPS. Los resultados proporcionan evidencia para orientar a las instituciones en la priorización de las intervenciones que podrían mejorar en gran medida la satisfacción del paciente.</p>
<p>Muestra</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitales: El estudio incluyó a todos los hospitales de agudos en California, Pensilvania, Nueva Jersey y Florida. - Enfermeras: Datos de la encuesta de la enfermera se recogieron en 2006-07 a partir de grandes muestras aleatorias de RNs obtenidos a partir de las listas de licenciatura en California (40 por ciento), Texas (40 por ciento), Nueva Jersey (50 por ciento) y Florida (30 por ciento). - Pacientes: La encuesta HCAHPS es la primera base de datos nacional, estandarizada de las experiencias de los pacientes en el hospital a corto plazo, los hospitales de agudos. Están a disposición del público los datos sobre la comparación sitio Web del Hospital patrocinado por la CMS y el Hospital Quality Alliance (HQA).
<p>Intervención y proceso medición</p>	<p>El entorno de trabajo de la enfermera se midió utilizando tres de las cinco subescalas de la Escala Práctica de Medio Ambiente de la Obra Nursing Index (PESNWI), un instrumento recomendado por el Foro Nacional de la Calidad como uno de los quince indicadores enfermera sensible de la calidad asistencial. Las sub escalas para medir el ambiente de trabajo de enfermería incluyen artículos relacionados con el liderazgo de enfermería, las normas de enfermería para la atención a los pacientes de alta calidad, y las relaciones enfermera-</p>

	<p>médico.</p> <p>Características adicionales del hospital se obtuvieron de la Encuesta Anual de la AHA 2005, incluyendo tamaño, estado de la enseñanza, la propiedad, y el área a base de núcleo estadística (CBSA), una clasificación basada en el censo de la densidad de población de los alrededores.</p> <p>Se utilizó un diseño de muestreo en dos etapas. Las enfermeras de la segunda muestra recibieron una encuesta abreviada, recordatorios telefónicos, y un incentivo monetario para alentar a sus respuestas. Tasa de respuesta del segundo muestra fue de 91 por ciento. La encuesta incluyó preguntas sobre el hospital, la carga de trabajo, la demografía y el medio ambiente de trabajo (Enfermería-Revised Índice de Trabajo). La muestra final incluyó respuestas de 20.984 profesionales de enfermería que prestaron atención directa al paciente en los 430 hospitales de agudos incluidos en este estudio.</p> <p>La encuesta de veintisiete gastos son reportados como un conjunto de diez medidas relacionados con la comunicación con las enfermeras y los médicos, la capacidad de respuesta del personal del hospital, el tratamiento del dolor, la comunicación acerca de los medicamentos, descargue la información, la limpieza y la tranquilidad del entorno hospitalario, valoración global del hospital, y su disposición a recomendar el hospital a sus amigos y familia.</p>
<p>Resultados y Discusión</p>	<p>El entorno de trabajo de enfermería se relacionó significativamente con todas las medidas de satisfacción del paciente en la Evaluación del Consumidor del Hospital de Proveedores y Sistemas (HCAHPS). Además, las cargas de trabajo de paciente a enfermera se asociaron significativamente con puntuaciones y la recomendación del hospital a otros pacientes, y con su satisfacción con la recepción de la información de descarga. Ambientes de trabajo Mejora de enfermería, incluyendo la dotación de personal de enfermería, pueden mejorar la experiencia del paciente y la calidad de la atención.</p> <p>Cuando las características del hospital fueron examinadas por la calidad del ambiente de trabajo, se observaron algunas diferencias significativas. Por ejemplo, las enfermeras que trabajaban en ambientes pobres atendidos por un promedio de 5,3 pacientes, mientras que las enfermeras en los mejores</p>



	<p>ambientes tenían una carga de trabajo media de 4,6 pacientes.</p> <p>Por otra parte, la mejora de los entornos de trabajo de la enfermera del hospital se han relacionado empíricamente con una mayor satisfacción en el trabajo y menor burnout enfermera, y para reducir el riesgo ajustado la mortalidad y las tasas de fracaso-a rescate. Nuestros nuevos hallazgos proporcionan evidencia adicional que sugiere que la mejora de los entornos de trabajo de enfermería en los hospitales podría traducirse en mejores resultados para los pacientes, incluyendo mejores experiencias de los pacientes</p>
Análisis Personal	<p>Definitivamente la atención en salud, de todo el grupo terapéutico, depende directamente de los recursos que se tengan para ofrecer el servicio. En el caso de enfermería, este estudio concluye que de acuerdo al nivel de carga laboral se refleja la satisfacción de los usuarios y obvio es muy acorde con lo que se vive en la actualidad en casi todos los sitios de trabajo.</p> <p>La carga laboral, el número de pacientes atendidos por enfermera(o) aumentan y las condiciones salariales de este grupo disminuyen; no hay una relación directamente proporcional de estas condiciones que permita desarrollar el trabajo de manera satisfactoria y a eso se le suma la falta de reconocimiento que existe todavía de enfermería. De manera que, así como también lo plantea este estudio, si se recibe una inadecuada o mala atención en el hospital el usuario no volverá y mucho menos lo recomendará. Lo que disminuye gradualmente la productividad de una empresa (hospital) y se contribuye a la rotación del personal.</p>

CONCLUSIONES

- Es conveniente crear una oficina de atención al usuario que vigile continuamente el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los usuarios, que procesen los reclamos, sugerencia o necesidades y analicen las causas en aras de garantizar soluciones y respuestas eficientes.
- La integración institucional de herramientas ofimáticas y de desarrollos tecnológicos de uso masivo, que permitan el almacenamiento de gran cantidad de datos se han convertido en la principal fuente de cruce de información para la toma de decisiones gerenciales, adicional a esto el almacenamiento robusto de datos hace que sea aun más fácil realizar la trazabilidad de los hechos lo que permite impactar de manera prioritaria los puntos que se deben controlar.
- La falta de comunicación asertiva entre el prestador y el usuario debilita el proceso de retroalimentación con el sistema, lo que genera una percepción negativa de la calidad.
- La humanización de la atención debe prevalecer por encima de cualquier concepto para que no se genere un divorcio entre pacientes y hospitales y evitar que los usuarios sean tomados como una simple estadística.
- Para la aplicación de estrategias que impacten la satisfacción de los usuarios se deben direccionar las acciones y esfuerzos a conocer el perfil de los usuarios atendidos como grupos etéreos, perfiles epidemiológicos, sexo, nivel socioeconómico y educativo entre otros. Al analizar los factores anteriormente mencionados se identifica que los usuarios reclaman el reconocimiento en la construcción participativa de planes de manejo intrahospitalario y en casa, lo que facilita una adherencia al proceso de recuperación, siempre acompañado de una red de apoyo que también debe tener clara la información brindada.
- El fortalecimiento de las políticas de seguridad del paciente son una de las herramientas fundamentales en la disminución de errores médicos, errores clínico y administrativo ; dichas políticas son efectiva siempre y cuando se genera una evaluación de la adherencia, centrada además del cumplimiento de los parámetros, en la atención costo efectiva del usuario.

- La renovación y adquisición de tecnología biomédica, es un esfuerzo donde las instituciones deben tener presente que es una de las formas que permite facilitar y mejorar el servicio prestado, atrayendo más clientes, que al recibir una atención con calidad y oportunidad mejora la estrategia de mercado y fidelización de los clientes.
- Otra de las características involucradas en la satisfacción del usuario es lograr reciprocidad entre el prestador y el asegurador, lo que minimiza los trámites y permite la prestación del servicio oportuno, disminuyendo las posibilidades de insatisfacción.

BIBLIOGRAFIA

1. VVEAS, P. B., CAÑAS, D. A., MARTÍN, B. C., ALVARADO, E. O., GONZÁLEZ, F. X. A., ROMERO, M. A.,... & SÁNCHEZ, M. S. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias*, 25, 171-176.
2. AArroyo-Valerio, A. G., Cortés-Poza, D., Hernández, R. A., García, R. F., de la Roche, O. F. R., & Sutton, A. H. (2013). Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). *Gaceta Médica de México*, 149, 134-42.
3. Fajardo-Dolci, G., Meljem-Moctezuma, J., Venegas-Páez, F., Villalba-Espinosa, I., & Aguirre-Gas, H. (2012). Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1). Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1), 17(1)4-12.
4. Dios Guerra, C., Dios, A., Antonia, M., Ruiz Moral, R., Jiménez García, C., Pérula de Torres, L. Á., & Rodríguez Borrego, M. A. (2013). Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enfermería Global*, (31), 162
5. Soto, R. C. (2013). Calidad de servicio percibido según modelo SERVQUAL, del Hospital Santa María del Socorro, y su relación con la satisfacción de los pacientes, 2008. *Revista Enfermería A la Vanguardia*, 1(01).
6. Shimabuku R, Huicho L, Fernández D, Nakachi G, Maldonado R, Barrientos A. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto nacional de salud del niño de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012; 29(4):483-89.
7. Moraga Moraga, H., & González Cascante, R. (2011). Satisfacción del usuario que requiere exámenes de laboratorio urgentes, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 20(1), 44-48.
8. RIVEROS S, J. O. R. G. E., BERNÉ M, C. A. R. M. E. N., & Múgica, J. M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste

entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. Revista médica de Chile, 138(5), 630-638.

9. Gogeochea-Trejo, M. C., Pavón-León, P., Blásquez-Morales, M. S. L., Blásquez-Domínguez, C. R., & Rabatte-Suárez, I. (2009). Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario. *Rev Med UV*, 9(1), 6-10.
10. JAIME GUZMÁN, J. D. J., & VARGAS HERNÁNDEZ, J. G. (2013). Modelo "plural-integral" de atención primaria a la salud y satisfacción de los usuarios. *Criterio Libre*, 11(18), 155-168.
11. Acosta, L., Burrone, M. S., Lopez de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B.,... & Fernández, A. R. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global*, 10(21), 0-0.
12. Múnera HA. La calidad de la atención en salud. Más allá de la mirada técnica y normativa. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(1): 76 – 86.
13. Mishima, S. M., Paula, V. G. D., Pereira, M. J. B., Almeida, M. C. P. D., & Kawata, L. S. (2010). (In) Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família; (Dis) Satisfaction of users: duplication and simultaneous use of services in Family Health; (In) Satisfacción de los usuarios: duplicación y uso simultáneo en la utilización de servicios en la Salud de la Familia. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(3), 766-773.
14. Manzo, B. F., Ribeiro, H. C. T. C., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2012). La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario. *ene*.
15. Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos* septiembre - octubre 2010; volumen 78: 456-462.
16. Rodríguez, E. C. (2012). Avances del proceso de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. *Duazary*, 5(2).
17. Macinko, J., & Lima Costa, M. F. (2012). Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical Medicine & International Health*, 17(1), 36-42.

18. Hill-Kayser, C. E., Vachani, C., Hampshire, M. K., Jacobs, L. A., & Metz, J. M. (2009). An internet tool for creation of cancer survivorship care plans for survivors and health care providers: design, implementation, use and user satisfaction. *Journal of medical Internet research*, 11(3).
19. García Lozano, M. E. (2011). Evaluación de la calidad en la atención de salud de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud (Doctoral dissertation).
20. Tobar M y Acuña O. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Revista Chilena Salud Pública* 2012; Vol. 16 (2): 131-136.
21. Llinás Delgado A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer pasó para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2010; 26 (1): 143-154
22. Toro, L. F., Bareño, J., Guzmán, P. A., & Correa, J. C. (2012). Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud (Relevant information management for quality health organizations) (Gestão de informações relevantes para organizações de saúde de qualidade). *Revista CES Salud Pública*, 3(1), 59-72.
23. Aday, M. H., Angulo, L. P., Sepúlveda, A. M. J., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., & Morales, J. V. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223.
24. Álvarez, C. (2013). Eficacia de programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria. *Revista CIENCIA Y TECNOLOGÍA*, 9(1).
25. Martín-Fernández, J., Cura-González, M. D., Gómez-Gascón, T., Fernández-López, E., Pajares-Carabajal, G., & Moreno-Jiménez, B. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*, 42(04), 196-203.
26. Fernández, J. L. G. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA QUIRÚRGICA: EL CASO DEL HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE AVILES (2010).
27. Cabrera-Arana, G., Bello-Parias, L., & Londoño-Pimienta, J. (2008). Calidad Percibida por usuarios de Hospitales del Programa de

Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Rev salud pública*, 10(4), 593-604.

28. Gorbanev, I., Cortes, A., Torres, S., & Yepes, F. (2011). Pago por desempeño en el sistema colombiano de salud. *Revista Salud Pública*, 13(5), 727-736.
29. Serrano-del-Rosal, R., & Ranchal-Romero, J. (2010). La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 19(1), 9-13.
30. KIM, J., CHAE, Y. M., KIM, S., HO, S. H., KIM, H. H., & PARK, C. B. (2013). A study on user satisfaction with the Clinical Decision Support System for medication (CDSS) in Korea. *FUTURE HEALTHCARE*, 49(1), 116.
31. Risquez, M. I. R., Izquierdo, M. G., Alguacil, E. L., Perea, G. M., Tebar, E. D. L. Á. S., & Cano, F. M. (2013). Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 25(3), 177-183.
32. CABASCANGO, K., & Villegas, A. (2011). Calidad de atención dada por el profesional de la salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (hsvp) durante el período noviembre el 2009 a agosto del 2010.
33. Jaguaco Iza, Verónica Paulina. (2011). Insatisfacción en la atención del usuario externo que acude al centro de salud Conocoto 2010-2011 (Tesis de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud). UTPL, Quito. pp. 33
34. Ruiz Moral, R., Alba Dios, A., Dios Guerra, C., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Pérula de Torres, L. Á., & Barrios Blasco, L. (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. *Enfermería Clínica*, 21(3), 136-142.
35. Álvarez, R. A. E., Olivares, R. C., Cadena, E. J. C., & Olvera, A. S. S. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería.
36. Castillo, Fernando Campaña, et al. "La satisfacción del paciente oncológico avanzado hospitalizado en centros con y sin servicio de paliativos: estudio

multicéntrico Satisfaction of oncologic patients hospitalized in centers with and without service of palliative cares: multicentric study." Nure Investigación 2.66 (2013).

37. Gutiérrez, Citlali García, and Irma Cortés Escarcéga. "Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México." Revista CONAMED 17.1 (2012): 18-23.
38. Tous, O. S., Gómez, J. V., Fitzner, A. B., Cànaves, J. L., Zahm, M. G., Galván, M. S., & Sbert, J. M. (2011). Estudio de la satisfacción del paciente hospitalizado en los hospitales públicos de las Illes Balears. Medicina balear, 26(3), 46-54.
39. Reinoso, D. A. T. F., Alonso, I. Á., Méndez, J. R. S., Dueñas, R. M. B., Pérez, A. M., García, R.,... & Mederos, T. N. L. El sistema de vigilancia de la satisfacción del paciente. Misión Médica Cubana. República Bolivariana de Venezuela. 2011.
40. Bascuñán, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Revista médica de Chile, 133(1), 11-16.
41. Nigenda-López, G. H., Juárez-Ramírez, C., Ruiz-Larios III, J. A., & Herreral IV, C. M. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. Rev Saúde Pública, 47(1), 44-51.
42. Mishima, S. M., Pereira, F. H., Matumoto, S., Fortuna, C. M., Pereira, M. J. B., Campos, A. C., & Domingos, M. M. L. N. (2010). Assistance in family health from the perspective of users. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3), 436-443.
43. Dra. Victoria Llaja Rojas, Dr. César Sarria Joya, Lic. Marina Salazar Cahuana, Giuliana Salazar Álvarez Valoración del índice de satisfacción de los familiares sobre calidad de atención en las unidades críticas de adultos en el h.n.e.r.m – essalud 2009.
44. Soyhan, Nurullah, Nuran Ilkutlu, and Ahmet Sekreter. "Dimensioning The Quality of Health Care Services (Karabuk State Hospital Service Quality Dimensions as an Example of Measurement Application)." Journal of Business 2.1 (2014): 39-44.
45. Moreno, Quizanga, and Juan de Dios. "Reorganización del sistema de entrega de turnos para optimizar el Talento Humano y mejorar la

satisfacción de los usuarios que demandan atención en la Consulta Externa del Centro de Salud Hospital Baeza." (2013)

46. Cárdenas, Jenny Cristina Vásquez, et al. "Satisfacción de los usuarios que asisten al servicio de urgencias en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado durante el 2010." Avances de investigación: Memorias de la iv Jornada de Investigación, 2010: 355.
47. Ameijeiras, G., Canudas, R., Gómez Garrido, A., Medel Rebollo, J., Márquez Martínez, E., Buxó Masip, X., & Candela Custardoy, A. (2011). Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectados de patología crónica del raquis. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 18(4), 228-234.
48. González Pérez, E., Fernández Clúa, M., & Jiménez Serrano, D. (2011). Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación, 10(1), 2-11.
49. Rahmqvist, M., y Bara, AC (2010). Características de los pacientes y las dimensiones de la calidad relacionados con la satisfacción del paciente. Revista Internacional a la Calidad en la Atención de la Salud, 22 (2), 86-92.
50. Kutney-Lee, A., McHugh, MD., [...] and. Aiken, LH. (2009). Enfermería: Una clave para la satisfacción del paciente. NIPHA Author Manuscripts. Health Aff (Millwood). 2009; 28(4): w669 - w677.